

AVALIAÇÃO DE IMPACTO DE UMA TECNOLOGIA SOCIAL PARA
PROFISSIONAIS DE PSICOLOGIA QUE TRABALHAM COM VÍTIMAS DE
VIOLÊNCIA SEXUAL

Clarissa Pinto Pizarro de Freitas

Dissertação de Mestrado em Psicologia sob orientação da
Prof^ª Dr^ª Sílvia Helena Koller e Co-Orientação da Dr^ª Luísa Fernanda Habigzang

Universidade Federal do Rio Grande do Sul
Instituto de Psicologia
Curso de Pós-Graduação em Psicologia

Porto Alegre, Abril de 2013

Sumário

Sumário.....	2
Lista de Tabelas.....	5
Lista de Figuras.....	9
RESUMO.....	13
ABSTRACT.....	14
CAPÍTULO I.....	15
INTRODUÇÃO.....	15
Violência Sexual: Definição, Dados Epidemiológicos e Consequências ao Desenvolvimento	16
Atuação dos Profissionais de Psicologia com Vítimas de Violência Sexual.....	18
Avaliação de uma Tecnologia Social de Capacitação Profissional.....	22
Avaliação de Impacto do Treinamento no Trabalho.....	24
Avaliação de Transferência de Aprendizagem.....	25
Avaliação de Impacto mediante Efeitos Indiretos.....	26
Dimensão Psicossocial do Trabalho.....	27
Figura1. Modelo Demanda-Controle (Karasek et al., 1981).....	31
Síndrome do Esgotamento Profissional - Burnout entre Profissionais de Psicologia.....	32
CAPÍTULO II.....	39
MÉTODO.....	39
Delineamento.....	39
Participantes.....	40
Instrumentos.....	41
Procedimentos.....	43
Tabela 1.....	43
Linha do Tempo das Atividades da Avaliação da TSCP-VS.....	43
CAPÍTULO III.....	49
RESULTADOS.....	49
Avaliação dos índices de burnout, demanda, controle e apoio social.....	50

Tabela 2.....	52
Correlações dos Níveis de Burnout, Demanda, Controle e Apoio Social em T1 para G1.....	52
Tabela 3.....	53
Correlações dos Níveis de Burnout, Demanda, Controle e Apoio Social em T2 para G1.....	53
Tabela 4.....	53
Correlações dos Níveis de Burnout, Demanda, Controle e Apoio Social em T3 para G1.....	53
Tabela 5.....	54
Correlações dos Níveis de Burnout, Demanda, Controle e Apoio Social em T1 para G2.....	54
Tabela 6.....	55
Correlações dos Níveis de Burnout, Demanda, Controle e Apoio Social em T2 para G2.....	55
Tabela 7.....	56
Correlações dos Níveis de Burnout, Demanda, Controle e Apoio Social em T3 para G2.....	56
Avaliação dos efeitos indiretos da TSCP-VS: burnout, demanda, controle e apoio social.....	57
Tabela 8.....	60
Análise Longitudinal das Dimensões de Burnout (MBI) e das Dimensões Demanda, Controle, Autoridade Decisória, Uso de Habilidades e Apoio Social (JCQ) do G1 em T1, T2 e T3.....	60
Tabela 9.....	62
Análise Longitudinal das Dimensões de Burnout (MBI) e das Dimensões Demanda, Controle, Autoridade Decisória, Uso de Habilidades e Apoio Social (JCQ) do G2 em T1, T2 e T3.....	62
Tabela 10.....	64
Categorias de Trabalho do G1 e G2 em T1, T2 e T3.....	64
Avaliação do impacto e transferência de aprendizagem da TSCP-VS.....	64
Relações entre os níveis de burnout, demanda, controle, apoio social com os índices de impacto e transferência de aprendizagem da TSCP-VS.....	65
Tabela 11.....	66
Grupos Alto e Baixo nas Dimensões de Burnout em T2 e T3.....	66
Tabela 12.....	67
Diferenças dos Níveis de Impacto em T2 e T3 nos Grupos Altos e Baixos nas Dimensões de Burnout	67
Tabela 13.....	68

<u>Diferenças dos Níveis de Transferência de Aprendizagem em T2 e T3 nos Grupos Altos e Baixos nas Dimensões de Burnout</u>	<u>68</u>
<u>Tabela 14.....</u>	<u>69</u>
<u>Grupos Alto e Baixo Segundo os Níveis de Demanda, Controle e Apoio Social em T2 e T3....</u>	<u>69</u>
<u>Tabela 15.....</u>	<u>70</u>
<u>Diferenças dos Níveis de Impacto em T2 e T3 nos Grupos Altos e Baixos nas Variáveis Demanda, Controle e Apoio Social</u>	<u>70</u>
<u>Tabela 16.....</u>	<u>70</u>
<u>Diferenças dos Níveis de Transferência de Aprendizagem em T2 e T3 nos Grupos Altos e Baixos nas Dimensões de Burnout</u>	<u>70</u>
<u>Tabela 18.....</u>	<u>72</u>
<u>Correlações dos Níveis de Transferência de Aprendizagem em T2 e T3 com os Índices de Burnout, Demanda, Controle e Apoio Social em T1.....</u>	<u>72</u>
<u>CAPÍTULO IV.....</u>	<u>73</u>
<u>DISCUSSÃO</u>	<u>73</u>
<u> Avaliação dos índices de burnout, demanda, controle e apoio social.....</u>	<u>73</u>
<u> Avaliação dos efeitos indiretos da TSCP-VS: burnout, demanda, controle e apoio social.....</u>	<u>75</u>
<u> Avaliação do impacto e transferência de aprendizagem da TSCP-VS.....</u>	<u>86</u>
<u> Relações entre os níveis de burnout, demanda, controle, apoio social com os índices de impacto e transferência de aprendizagem da TSCP-VS</u>	<u>88</u>
<u>CAPÍTULO V.....</u>	<u>90</u>
<u>CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</u>	<u>90</u>
<u>REFERÊNCIAS.....</u>	<u>93</u>
<u>ANEXOS.....</u>	<u>106</u>
<u> ANEXO A.....</u>	<u>106</u>
<u> Questionário Biossociodemográfico e Laboral.....</u>	<u>106</u>
<u> ANEXO B.....</u>	<u>107</u>
<u> Job Content Questionnaire – JCQ</u>	<u>107</u>
<u> (Karasek, 1985 adaptado por Araújo & Karasek, 2008).....</u>	<u>107</u>
<u> ANEXO C.....</u>	<u>111</u>

<u>Maslach Burnout Inventory (Maslach & Jackson, 1981, adaptado por Lautert, 1995).....</u>	<u>111</u>
<u>ANEXO D.....</u>	<u>113</u>
<u>Escala de Transferência de Aprendizagem (ETA).....</u>	<u>113</u>
<u>ANEXO E.....</u>	<u>114</u>
<u>Escala de Impacto do Treinamento no Trabalho (Abbad, 1999).....</u>	<u>114</u>
<u>ANEXO F.....</u>	<u>116</u>
<u>ANEXO G.....</u>	<u>117</u>
<u>Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....</u>	<u>117</u>
<u>ANEXO H.....</u>	<u>118</u>
<u>Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Versão online).....</u>	<u>118</u>
<u>ANEXO I.....</u>	<u>119</u>
<u>Descrição das Sessões de Grupos de Terapia Cognitivo-Comportamental para Meninas Vítimas de Violência Sexual (Habigzang, 2010).....</u>	<u>119</u>

Lista de Tabelas

<u>Sumário.....</u>	<u>2</u>
<u>Lista de Tabelas.....</u>	<u>5</u>

Lista de Figuras.....	9
RESUMO.....	13
ABSTRACT.....	14
CAPÍTULO I.....	15
INTRODUÇÃO.....	15
Violência Sexual: Definição, Dados Epidemiológicos e Consequências ao Desenvolvimento	16
Atuação dos Profissionais de Psicologia com Vítimas de Violência Sexual.....	18
Avaliação de uma Tecnologia Social de Capacitação Profissional.....	22
Avaliação de Impacto do Treinamento no Trabalho.....	24
Avaliação de Transferência de Aprendizagem.....	25
Avaliação de Impacto mediante Efeitos Indiretos.....	26
Dimensão Psicossocial do Trabalho.....	27
Figura1. Modelo Demanda-Controle (Karasek et al., 1981).....	31
Síndrome do Esgotamento Profissional - Burnout entre Profissionais de Psicologia.....	32
CAPÍTULO II.....	39
MÉTODO.....	39
Delineamento.....	39
Participantes.....	40
Instrumentos.....	41
Procedimentos.....	43
Tabela 1.....	43
Linha do Tempo das Atividades da Avaliação da TSCP-VS.....	43
CAPÍTULO III.....	49
RESULTADOS.....	49
Avaliação dos índices de burnout, demanda, controle e apoio social.....	50
Tabela 2.....	52
Correlações dos Níveis de Burnout, Demanda, Controle e Apoio Social em T1 para G1.....	52
Tabela 3.....	53

<u>Correlações dos Níveis de Burnout, Demanda, Controle e Apoio Social em T2 para G1.....</u>	<u>53</u>
<u>Tabela 4.....</u>	<u>53</u>
<u>Correlações dos Níveis de Burnout, Demanda, Controle e Apoio Social em T3 para G1.....</u>	<u>53</u>
<u>Tabela 5.....</u>	<u>54</u>
<u>Correlações dos Níveis de Burnout, Demanda, Controle e Apoio Social em T1 para G2.....</u>	<u>54</u>
<u>Tabela 6.....</u>	<u>55</u>
<u>Correlações dos Níveis de Burnout, Demanda, Controle e Apoio Social em T2 para G2.....</u>	<u>55</u>
<u>Tabela 7.....</u>	<u>56</u>
<u>Correlações dos Níveis de Burnout, Demanda, Controle e Apoio Social em T3 para G2.....</u>	<u>56</u>
<u>Avaliação dos efeitos indiretos da TSCP-VS: burnout, demanda, controle e apoio social.....</u>	<u>57</u>
<u>Tabela 8.....</u>	<u>60</u>
<u>Análise Longitudinal das Dimensões de Burnout (MBI) e das Dimensões Demanda, Controle, Autoridade Decisória, Uso de Habilidades e Apoio Social (JCQ) do G1 em T1, T2 e T3.....</u>	<u>60</u>
<u>Tabela 9.....</u>	<u>62</u>
<u>Análise Longitudinal das Dimensões de Burnout (MBI) e das Dimensões Demanda, Controle, Autoridade Decisória, Uso de Habilidades e Apoio Social (JCQ) do G2 em T1, T2 e T3.....</u>	<u>62</u>
<u>Tabela 10.....</u>	<u>64</u>
<u>Categorias de Trabalho do G1 e G2 em T1, T2 e T3.....</u>	<u>64</u>
<u>Avaliação do impacto e transferência de aprendizagem da TSCP-VS.....</u>	<u>64</u>
<u>Relações entre os níveis de burnout, demanda, controle, apoio social com os índices de impacto e transferência de aprendizagem da TSCP-VS.....</u>	<u>65</u>
<u>Tabela 11.....</u>	<u>66</u>
<u>Grupos Alto e Baixo nas Dimensões de Burnout em T2 e T3.....</u>	<u>66</u>
<u>Tabela 12.....</u>	<u>67</u>
<u>Diferenças dos Níveis de Impacto em T2 e T3 nos Grupos Altos e Baixos nas Dimensões de Burnout.....</u>	<u>67</u>
<u>Tabela 13.....</u>	<u>68</u>
<u>Diferenças dos Níveis de Transferência de Aprendizagem em T2 e T3 nos Grupos Altos e Baixos nas Dimensões de Burnout.....</u>	<u>68</u>
<u>Tabela 14.....</u>	<u>69</u>

<u>Grupos Alto e Baixo Segundo os Níveis de Demanda, Controle e Apoio Social em T2 e T3....</u>	<u>69</u>
<u>Tabela 15.....</u>	<u>70</u>
<u>Diferenças dos Níveis de Impacto em T2 e T3 nos Grupos Altos e Baixos nas Variáveis Demanda, Controle e Apoio Social</u>	<u>70</u>
<u>Tabela 16.....</u>	<u>70</u>
<u>Diferenças dos Níveis de Transferência de Aprendizagem em T2 e T3 nos Grupos Altos e Baixos nas Dimensões de Burnout</u>	<u>70</u>
<u>Tabela 18.....</u>	<u>72</u>
<u>Correlações dos Níveis de Transferência de Aprendizagem em T2 e T3 com os Índices de Burnout, Demanda, Controle e Apoio Social em T1.....</u>	<u>72</u>
<u>CAPÍTULO IV.....</u>	<u>73</u>
<u>DISCUSSÃO</u>	<u>73</u>
<u> Avaliação dos índices de burnout, demanda, controle e apoio social.....</u>	<u>73</u>
<u> Avaliação dos efeitos indiretos da TSCP-VS: burnout, demanda, controle e apoio social.....</u>	<u>75</u>
<u> Avaliação do impacto e transferência de aprendizagem da TSCP-VS.....</u>	<u>86</u>
<u> Relações entre os níveis de burnout, demanda, controle, apoio social com os índices de impacto e transferência de aprendizagem da TSCP-VS</u>	<u>88</u>
<u>CAPÍTULO V.....</u>	<u>90</u>
<u>CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</u>	<u>90</u>
<u>REFERÊNCIAS.....</u>	<u>93</u>
<u>ANEXOS.....</u>	<u>106</u>
<u> ANEXO A.....</u>	<u>106</u>
<u> Questionário Biossociodemográfico e Laboral.....</u>	<u>106</u>
<u> ANEXO B.....</u>	<u>107</u>
<u> Job Content Questionnaire – JCQ</u>	<u>107</u>
<u> (Karasek, 1985 adaptado por Araújo & Karasek, 2008).....</u>	<u>107</u>
<u> ANEXO C.....</u>	<u>111</u>
<u> Maslach Burnout Inventory (Maslach & Jackson, 1981, adaptado por Lautert, 1995).....</u>	<u>111</u>
<u> ANEXO D.....</u>	<u>113</u>

Escala de Transferência de Aprendizagem (ETA).....	113
ANEXO E.....	114
Escala de Impacto do Treinamento no Trabalho (Abbad, 1999).....	114
ANEXO F.....	116
ANEXO G.....	117
Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	117
ANEXO H.....	118
Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Versão online).....	118
ANEXO I.....	119
Descrição das Sessões de Grupoterapia Cognitivo-Comportamental para Meninas Vítimas de Violência Sexual (Habigzang, 2010).....	119

Lista de Figuras

Sumário.....	2
Lista de Tabelas.....	5
Lista de Figuras.....	9
RESUMO.....	13
ABSTRACT.....	14
CAPÍTULO I.....	15
INTRODUÇÃO.....	15
Violência Sexual: Definição, Dados Epidemiológicos e Consequências ao Desenvolvimento	16
Atuação dos Profissionais de Psicologia com Vítimas de Violência Sexual.....	18
Avaliação de uma Tecnologia Social de Capacitação Profissional.....	22
Avaliação de Impacto do Treinamento no Trabalho.....	24
Avaliação de Transferência de Aprendizagem.....	25
Avaliação de Impacto mediante Efeitos Indiretos.....	26
Dimensão Psicossocial do Trabalho.....	27
Figura1. Modelo Demanda-Controle (Karasek et al., 1981).....	31
Síndrome do Esgotamento Profissional - Burnout entre Profissionais de Psicologia.....	32

CAPÍTULO II.....	39
MÉTODO.....	39
Delineamento.....	39
Participantes.....	40
Instrumentos.....	41
Procedimentos.....	43
Tabela 1.....	43
Linha do Tempo das Atividades da Avaliação da TSCP-VS.....	43
CAPÍTULO III.....	49
RESULTADOS.....	49
Avaliação dos índices de burnout, demanda, controle e apoio social.....	50
Tabela 2.....	52
Correlações dos Níveis de Burnout, Demanda, Controle e Apoio Social em T1 para G1.....	52
Tabela 3.....	53
Correlações dos Níveis de Burnout, Demanda, Controle e Apoio Social em T2 para G1.....	53
Tabela 4.....	53
Correlações dos Níveis de Burnout, Demanda, Controle e Apoio Social em T3 para G1.....	53
Tabela 5.....	54
Correlações dos Níveis de Burnout, Demanda, Controle e Apoio Social em T1 para G2.....	54
Tabela 6.....	55
Correlações dos Níveis de Burnout, Demanda, Controle e Apoio Social em T2 para G2.....	55
Tabela 7.....	56
Correlações dos Níveis de Burnout, Demanda, Controle e Apoio Social em T3 para G2.....	56
Avaliação dos efeitos indiretos da TSCP-VS: burnout, demanda, controle e apoio social.....	57
Tabela 8.....	60
Análise Longitudinal das Dimensões de Burnout (MBI) e das Dimensões Demanda, Controle, Autoridade Decisória, Uso de Habilidades e Apoio Social (JCQ) do G1 em T1, T2 e T3.....	60
Tabela 9.....	62

<u>Análise Longitudinal das Dimensões de Burnout (MBI) e das Dimensões Demanda, Controle, Autoridade Decisória, Uso de Habilidades e Apoio Social (JCQ) do G2 em T1, T2 e T3.....</u>	<u>62</u>
<u>Tabela 10.....</u>	<u>64</u>
<u>Categorias de Trabalho do G1 e G2 em T1, T2 e T3.....</u>	<u>64</u>
<u>Avaliação do impacto e transferência de aprendizagem da TSCP-VS.....</u>	<u>64</u>
<u>Relações entre os níveis de burnout, demanda, controle, apoio social com os índices de impacto e transferência de aprendizagem da TSCP-VS.....</u>	<u>65</u>
<u>Tabela 11.....</u>	<u>66</u>
<u>Grupos Alto e Baixo nas Dimensões de Burnout em T2 e T3.....</u>	<u>66</u>
<u>Tabela 12.....</u>	<u>67</u>
<u>Diferenças dos Níveis de Impacto em T2 e T3 nos Grupos Altos e Baixos nas Dimensões de Burnout</u>	<u>67</u>
<u>Tabela 13.....</u>	<u>68</u>
<u>Diferenças dos Níveis de Transferência de Aprendizagem em T2 e T3 nos Grupos Altos e Baixos nas Dimensões de Burnout</u>	<u>68</u>
<u>Tabela 14.....</u>	<u>69</u>
<u>Grupos Alto e Baixo Segundo os Níveis de Demanda, Controle e Apoio Social em T2 e T3....</u>	<u>69</u>
<u>Tabela 15.....</u>	<u>70</u>
<u>Diferenças dos Níveis de Impacto em T2 e T3 nos Grupos Altos e Baixos nas Variáveis Demanda, Controle e Apoio Social</u>	<u>70</u>
<u>Tabela 16.....</u>	<u>70</u>
<u>Diferenças dos Níveis de Transferência de Aprendizagem em T2 e T3 nos Grupos Altos e Baixos nas Dimensões de Burnout</u>	<u>70</u>
<u>Tabela 18.....</u>	<u>72</u>
<u>Correlações dos Níveis de Transferência de Aprendizagem em T2 e T3 com os Índices de Burnout, Demanda, Controle e Apoio Social em T1.....</u>	<u>72</u>
<u>CAPÍTULO IV.....</u>	<u>73</u>
<u>DISCUSSÃO</u>	<u>73</u>
<u>Avaliação dos índices de burnout, demanda, controle e apoio social.....</u>	<u>73</u>
<u>Avaliação dos efeitos indiretos da TSCP-VS: burnout, demanda, controle e apoio social.....</u>	<u>75</u>
<u>Avaliação do impacto e transferência de aprendizagem da TSCP-VS.....</u>	<u>86</u>

<u>Relações entre os níveis de burnout, demanda, controle, apoio social com os índices de impacto e transferência de aprendizagem da TSCP-VS</u>	<u>88</u>
<u>CAPÍTULO V.....</u>	<u>90</u>
<u>CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</u>	<u>90</u>
<u>REFERÊNCIAS.....</u>	<u>93</u>
<u>ANEXOS.....</u>	<u>106</u>
<u>ANEXO A.....</u>	<u>106</u>
<u>Questionário Biossociodemográfico e Laboral.....</u>	<u>106</u>
<u>ANEXO B.....</u>	<u>107</u>
<u>Job Content Questionnaire – JCQ</u>	<u>107</u>
<u>(Karasek, 1985 adaptado por Araújo & Karasek, 2008).....</u>	<u>107</u>
<u>ANEXO C.....</u>	<u>111</u>
<u>Maslach Burnout Inventory (Maslach & Jackson, 1981, adaptado por Lautert, 1995).....</u>	<u>111</u>
<u>ANEXO D.....</u>	<u>113</u>
<u>Escala de Transferência de Aprendizagem (ETA).....</u>	<u>113</u>
<u>ANEXO E.....</u>	<u>114</u>
<u>Escala de Impacto do Treinamento no Trabalho (Abbad, 1999).....</u>	<u>114</u>
<u>ANEXO F.....</u>	<u>116</u>
<u>ANEXO G.....</u>	<u>117</u>
<u>Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....</u>	<u>117</u>
<u>ANEXO H.....</u>	<u>118</u>
<u>Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Versão online).....</u>	<u>118</u>
<u>ANEXO I.....</u>	<u>119</u>
<u>Descrição das Sessões de Grupoterapia Cognitivo-Comportamental para Meninas Vítimas de Violência Sexual (Habigzang, 2010).....</u>	<u>119</u>

RESUMO

Este estudo objetivou avaliar a efetividade de uma Tecnologia Social de Capacitação Profissional para intervenção com vítimas de violência (TSCP-VS) mediante efeitos indiretos e o impacto no trabalho dos profissionais capacitados. A avaliação por meio dos efeitos indiretos investigou o impacto da TSCP-VS sobre os níveis de *burnout*, demanda, controle e apoio social. O impacto da TSCP-VS no trabalho dos profissionais capacitados foi avaliado por meio dos índices de impacto do treinamento no trabalho e dos níveis de transferência de aprendizagem. Foi investigado se os índices de *burnout* e

as características do trabalho avaliados estavam relacionados aos níveis de impacto e transferência de aprendizagem. Foi utilizado o delineamento *quasi-experimental*. O grupo intervenção (G1) foi formado por 32 profissionais que concluíram a TSCP-VS. O grupo comparação (G2) constituiu-se por 24 profissionais que não participaram da TSCP-VS. Os participantes foram avaliados em três momentos. Referente ao G1, foi observado um aumento nos índices de exaustão emocional e baixa realização profissional de *burnout*, sendo que os níveis de despersonalização mantiveram-se estáveis. Os níveis de demanda, controle, autoridade decisória, uso de habilidades, e apoio social de G1 também permanecerem estáveis. O G2 apresentou um aumento nos índices de baixa realização profissional e despersonalização de *burnout*, os níveis de exaustão emocional mantiveram-se estáveis. Foi observada uma redução nos níveis de controle e de sua subdimensão autoridade decisória, sendo que os níveis de demanda, uso de habilidades e apoio social mantiveram-se estáveis. Ademais, foram observados altos índices de impacto e transferência de aprendizagem entre os participantes do G1, sendo que estes índices não se relacionaram aos níveis de *burnout* e as características do trabalho avaliadas. Os altos índices de impacto e transferência de aprendizagem sugerem que a TSCP-VS constitui-se como uma estratégia a qualificação dos profissionais de psicologia que trabalham em serviços públicos.

Palavras-chave: avaliação de efetividade, *burnout*, demanda, controle, impacto, transferência de aprendizagem.

ABSTRACT

This study objective to evaluate the effectiveness of a Social Technology for Professional Qualification for intervention with victims of violence (TSCP-VS) through indirect effects and the impact on the work of professionals. The evaluation of indirect effects investigated the impact of TSCP-VS on levels of burnout, demand, control and social support. The impact of TSCP-VS at trained professionals' work was assessed by training impact's indices at work and levels of transfer of learning. It was investigated whether the levels of burnout and job characteristics evaluated were related to the levels of impact and transfer of learning. It was utilized the quasi-experimental design. The intervention group (G1) was composed of 32 professionals who completed the TSCP-

VS. The comparison group (G2) consisted of 24 professionals who did not participated at the TSCP-VS. Referring to the G1, it was observed an increase in levels of emotional exhaustion and low professional accomplishment of burnout, the levels of depersonalization have remained stable. The levels of demand, control, decision authority, use of skills, and social support of G1 also remained stable. The Group 2 showed an increase in the rates of low professional accomplishment and depersonalization of burnout, emotional exhaustion levels remained stable. It was observed a reduction in the levels of control and its subdimension decision authority, the levels of demand, use of skills and social support remained stable. Furthermore, were observed high levels of impact and transfer of learning among participants of G1, and these indices were not related to levels of burnout and the characteristics of evaluated work. The high levels of impact and transfer of learning suggest that TSCP-VS constitutes itself as a strategy for qualification of psychology professionals who work on public services.

Keywords: effectiveness evaluation, burnout, demand, control, impact, transfer of learning.

CAPÍTULO I

INTRODUÇÃO

A violência sexual (VS) contra crianças e adolescentes constitui-se como um grave problema de saúde pública no Brasil (Habigzang, Azevedo, Koller, & Machado, 2006) e em outros países, em razão da alta prevalência dos casos registrados (Pereda, Guilera, Forns, & Gómez-Benito, 2009; World Health Organization [WHO], 2006). O impacto psicossocial da VS é grave, podendo repercutir em uma série de transtornos psicopatológicos, incluindo prejuízos cognitivos, emocionais, comportamentais, acadêmicos, sociais, entre outros (WHO, 2003). Esses sintomas podem perdurar por toda a vida da vítima, gerando sofrimento e desadaptação social, os quais podem não

apresentar remissão ou serem reduzidos pela passagem do tempo (Habigzang et al., 2009).

Fornecer atendimento eficaz e imediato após a revelação da VS às vítimas está previsto em lei (Brasil, 1990) e deve ser um compromisso ético dos profissionais que compõem a rede de proteção (Habigzang, 2010). Apesar disso, os serviços de proteção às crianças e aos adolescentes são, por vezes, incapazes de fornecer atendimento adequado (WHO, 2006).

No Brasil existem serviços públicos especializados para o atendimento das vítimas de VS, porém esses não conseguem, ainda, lidar de maneira satisfatória com a demanda existente (Luna, Ferreira, & Vieira, 2010; Pires & Miyazaki, 2005). Entre os profissionais de psicologia desses serviços, um terço percebe que deficiências em sua formação profissional os impedem de fornecer atendimento adequado às vítimas e realizar intervenções efetivas (Conselho Federal de Psicologia [CFP], 2009).

Frente à fragilidade da rede de atendimento, notou-se a necessidade de capacitar os profissionais de Psicologia da rede pública de proteção a crianças e adolescentes vítimas de VS do Rio Grande do Sul, Brasil. Por isso, o Centro de Estudos Psicológicos CEP-Rua, vinculado à Universidade Federal do Rio Grande Sul, desenvolveu uma Tecnologia Social de Capacitação Profissional para Intervenção Psicológica com Crianças e Adolescentes Vítimas de Violência Sexual a esses profissionais (Habigzang, Damásio, Hohendorff, & Koller, 2011).

Violência Sexual: Definição, Dados Epidemiológicos e Consequências ao Desenvolvimento

A VS deve ser compreendida como todo ato ou jogo sexual, heterossexual ou homossexual, cujo agressor esteja em estágio de desenvolvimento psicosssexual mais adiantado que a vítima. Abarca desde situações em que não existem contatos físicos (assédio verbal, *voyeurismo*, exibicionismo, produção de fotos, exposição a materiais com conteúdos pornográficos) a aquelas que envolvem os diferentes tipos de atos com contato físico sem penetração (sexo oral, toques, carícias) ou com penetração (digital, com objetos, intercurso genital ou anal). As ações do agressor têm por finalidade estimular sexualmente ou utilizar a criança ou adolescente para obter estimulação sexual. Estas práticas eróticas e sexuais são impostas à vítima por meio de violência física, ameaças ou indução de sua vontade. O comércio de crianças e adolescentes, a

situação de exploração sexual e a pornografia, visando ao lucro, também são considerados formas de VS (Ministério da Saúde, 2002).

A VS raramente é denunciada no momento de sua ocorrência, sendo que, em muitos casos, a denúncia nunca é realizada (Dong, Anda, Dube, Giles, & Felitti, 2003; Fergus & Keel, 2005; WHO, 2003). A criança ou adolescente pode levar um ano ou mais para revelar a situação de violência à qual está submetida (Furniss, 1993; Habigzang, Koller, Azevedo, & Machado, 2005).

A ausência de denúncia e a manutenção da situação abusiva em segredo envolvem uma dinâmica complexa e multifacetada. Reconhece-se a dificuldade da rede de proteção das crianças e adolescentes em identificar situações abusivas (Carter, Bannon, Limbert, Docherty, & Barlow, 2006; Lamour, 1997). Entre os fatores relacionados à vítima identifica-se o temor dos outros não acreditarem em seu relato, de possíveis represálias, de ser ridicularizada ou estigmatizada e por não confiar nos profissionais que fornecem atendimento à mesma (WHO, 2003).

Estudos em diferentes partes do mundo indicaram que os registros de casos de VS contra vítimas do sexo feminino oscilam entre 7 a 36% e contra vítimas do sexo masculino entre 3 a 29% (WHO, 2003). No Brasil, o relatório do Disque Direitos Humanos expôs que, no período de maio de 2003 a março de 2010, foram encaminhadas 156.664 denúncias, das quais 32% referiam-se às ações de VS contra crianças e adolescentes. Dessas, 80% das vítimas eram do sexo feminino e 20% eram do sexo masculino (Secretaria Nacional de Promoção dos Direitos da Criança e do Adolescente, 2010).

Estima-se que a experiência da VS durante a infância ou adolescência eleve em 13,1% o risco de o sujeito desenvolver transtornos psicopatológicos na idade adulta (Fergusson, Boden, & Horwood, 2008). Dentre eles, destacam-se: transtornos de ansiedade; transtornos de humor; transtornos disruptivos; transtornos alimentares; transtornos de personalidade; encoprese e enurese (Briere & Elliott, 2003; Maniglio, 2009; Habigzang et al., 2009). Além disso, observa-se que a experiência deste tipo de violência aumenta os níveis de depressão, de transtornos de ansiedade, como o Transtorno de Estresse Pós-Traumático (TEPT), comportamentos autodestrutivos, como tentativas de suicídio e transtornos de abuso de substâncias, disfunções sexuais e intensifica o risco de serem vítimas de VS na idade adulta (Cohen, Deblinger,

Mannarino, & Steer, 2004; Danielson, de Arellano, Kilpatrick, Saunders, & Resnick, 2005).

Atuação dos Profissionais de Psicologia com Vítimas de Violência Sexual

A utilização de tratamentos baseados em evidências (TBE) é um elemento essencial à melhoria do atendimento às vítimas de VS e seus familiares (Sanson, 2011; WHO, 2006). As recomendações da WHO (2006) sugerem que as intervenções psicoterápicas às crianças e adolescentes vítimas de VS sejam: estruturadas; passíveis de replicação, avaliação e mensuração de seus resultados; com melhores resultados em relação ao seu custo-eficácia; e aplicáveis em diferentes contextos. Observa-se que são desenvolvidos esforços para pautar esta prática na atuação dos profissionais de psicologia que atendem as demandas relacionadas à VS (Freitas & Habigzang, *in press*; Habigzang et al., 2011; WHO, 2006), entre estes a promoção de qualificação profissional ao uso destes tratamentos.

Apesar disso, constata-se que os TBE ainda não estão significativamente integrados nas políticas públicas de proteção às crianças e adolescentes vítimas de VS (Gomes, Pinheiro, Junqueira, Silva, & Junger, 2002; WHO, 2006). Embora muitos profissionais afirmem utilizar TBE, observa-se que diversos tratamentos utilizados no atendimento de vítimas de VS e seus familiares não possuem nenhuma evidência de que se constituam como intervenções efetivas (Chaffin & Friedrich, 2004). Diferentes fatores são indicados como obstáculos à aplicação de TBE, entre estes a ausência de formação adequada, a sobrecarga de trabalho, e o desconhecimento do tema (Freitas & Habigzang, *in press*; Gomes et al., 2002; Luna et al., 2010; Souza, McCarthy, & Gauer, 2012).

Referente à formação dos profissionais de psicologia, esta objetiva constituir-se como um curso generalista, entretanto a realidade assistida em diferentes centros universitários expõe a escassez de discussões que contemplem a diversidade teórica que compõe a psicologia. Desta forma, muitas vezes as teorias são apresentadas de forma fragmentada e descontextualizada da atuação dos profissionais (Dimenstein, 2003; Gomes, 1996; Penso, Costa, Ribeiro, Almeida, & Oliveira, 2008). Essas limitações constituem as “lacunas do saber-fazer” (*know-do gap*), as quais se referem às dificuldades dos profissionais aplicarem o conhecimento científico existente em sua prática profissional (Pablos-Mendez & Shademani, 2006). Estas lacunas do saber-fazer

dificultam que os profissionais acompanhem e contribuam no desenvolvimento do conhecimento científico, de modo a se tornarem acríticos aos modelos trabalhados na graduação (Gomes, 1996; Penso et al., 2008). Por exemplo, alguns profissionais de psicologia podem enfrentar dificuldades em buscar e utilizar referenciais teóricos diferentes daqueles expostos durante a sua formação em sua atuação profissional (Freitas & Habigzang, *in press*), podendo também desvalorizar o potencial de aplicar em sua prática profissional tratamentos ou estratégias de intervenções desenvolvidas no contexto acadêmico (Souza et al., 2012).

Entre os profissionais que trabalham com vítimas de VS, estas lacunas do saber-fazer também podem originar-se do desconhecimento sobre a dinâmica deste tipo de violência e a dificuldade deles em identificarem os fatores de risco e proteção presentes no ambiente em que a vítima vive (Habigzang et al., 2005). Associado a este, observa-se a inabilidade técnica dos profissionais para atender as demandas relacionadas à VS (Saywitz, Mannarino, Berliner, & Cohen, 2000), a incapacidade dos profissionais identificarem sintomas em crianças e adolescentes que indiquem a suspeita da ocorrência de VS (Gonçalves & Ferreira, 2002; WHO, 2006), e dificuldades em realizar denúncias, em razão das implicações legais e éticas (Saywitz et al., 2000). Além disso, estas lacunas do saber-fazer são agravadas por não serem aplicadas políticas públicas que promovam a utilização de um método de acompanhamento estruturado, padronizado, e embasado em referenciais teóricos reconhecidos pela comunidade científica (WHO, 2006).

Este panorama foi evidenciado em um estudo com profissionais de psicologia que atuam no atendimento de vítimas de VS, no qual um terço afirmou não se sentir capacitado a intervir nestas situações (CFP, 2009). Segundo os profissionais entrevistados, deficiências em sua formação acadêmica e profissional, tais como falta de conteúdos programáticos e de estágios sobre o tema, comprometiam a sua atuação (CFP, 2009).

Além destas dificuldades, as limitações na formação dos profissionais de psicologia podem prejudicar o planejamento e execução de intervenções à proteção da vítima, de forma a sobrecarregar os serviços da rede de proteção. Isto ocorre porque os encaminhamentos, assim como o atendimento, necessários ao tratamento da vítima e seus familiares não são realizados adequadamente (Gonçalves & Ferreira, 2002; Habigzang et al., 2005; Saywitz et al., 2000; WHO, 2006). Desta forma, apesar da rede

de proteção ser constituída por diversos órgãos de proteção especializados, tais como o Conselho Tutelar, Conselho de Direitos da Criança, Ministério Público e Juizado da Infância e Adolescência, os serviços de saúde (hospitais e unidades básica de saúde), e os serviços de assistência social (centro de referência da assistência social e centro de referência especializado da assistência social; Habigzang, Ramos, & Koller, 2011), esses ainda não conseguem atender de forma adequada à demanda relacionada à VS (Gomes et al., 2002; Habigzang, Ramos et al., 2011; Luna et al., 2010).

Outro obstáculo à aplicação dos TBE é o desconhecimento sobre o que os caracterizam e como estes devem ser desenvolvidos. Devido a esta falta de clareza muitos profissionais afirmam utilizar estes tratamentos (Chaffin & Friedrich, 2004), mas as intervenções que desenvolvem no atendimento das vítimas de VS não possuem evidências sobre sua efetividade. Associado a esta falta de conhecimento, observa-se que percepções errôneas dos profissionais limitam a sua utilização, tal como a compreensão que esses tratamentos não são efetivos quando aplicados fora do contexto de pesquisa em que foram desenvolvidos (Weisz, Jensen-Doss, & Hawley, 2006). Além disso, a escassez de investimentos que promovam a disseminação e aplicação desses tratamentos dificulta sua utilização em políticas públicas (Johnson & Austin, 2008; Michaux, 2010; Sanson & Stanley, 2010).

O impacto negativo destas falhas no processo de proteção à criança e ao adolescente atingem principalmente as vítimas de VS, por elas não receberem o tratamento adequado (Habigzang, Ramos et al., 2011). No estudo desenvolvido por Habigzang, Ramos et al. (2011) com 40 meninas vítimas de VS, foi observado que após a realização da notificação 80% aguardaram entre um mês a mais de seis meses para receber atendimento psicoterápico, sendo que apenas 25% receberam atendimento com menos de um mês de espera.

Estas dificuldades em lidar com as demandas relacionadas à VS também podem repercutir sobre a saúde dos profissionais de psicologia, uma vez que, apesar de fornecer tratamento a esta população possa ser gratificante, ele está exposto ao impacto negativo relacionado a esta demanda (Coles, Dartnall, & Astbury, 2013; Kadambi & Truscott, 2003, 2004; Shapiro, Burkey, Dorman, & Welker, 1997; Shapiro, Dorman, Burkey, & Welker, 1999). Além disso, o despreparo técnico para enfrentar as demandas de trabalho complexas pode expor o profissional a altos níveis de estresse e a percepção

que não possui controle sobre o trabalho que desenvolve (Coles et al., 2013; Ferreira & Assmar, 2008).

Estas falhas no processo de proteção à criança e adolescente e o impacto negativo da inabilidade técnica dos profissionais para atenderem estas demandas explicitam a necessidade de fornecer qualificação profissional àqueles envolvidos no atendimento das vítimas (Carter et al., 2006; Habigzang et al., 2006; Habigzang et al., 2011; WHO, 2006). A qualificação profissional possibilita a aplicação do conhecimento (*knowledge translation*), a qual é identificada como uma estratégia efetiva a utilização do conhecimento científico, aplicação dos TBE e ao envolvimento dos profissionais na produção do conhecimento (Pablos-Mendez & Shademani, 2006; WHO, 2006). Em vista disso, promoveu-se a Tecnologia Social de Capacitação Profissional para Intervenção Psicológica com Crianças e Adolescentes Vítimas de Violência Sexual a esses profissionais (Habigzang et al., 2011).

Tecnologia Social de Capacitação Profissional para Intervenção com Vítimas de Violência Sexual

Com o objetivo de promover a aplicação do conhecimento entre os profissionais de psicologia, capacitá-los acerca de modelos de tratamento que estejam em consonância com o movimento da prática baseada em evidências, e superar algumas das lacunas do saber-fazer no atendimento das demandas relacionadas à VS, o Centro de Estudos Psicológicos CEP-Rua de Novo Hamburgo, vinculado à Universidade Federal do Rio Grande Sul (UFRGS), desenvolveu a Tecnologia Social de Capacitação Profissional para intervenção com vítimas de violência (Habigzang et al., 2011). Foi desenvolvida uma Tecnologia Social para Capacitação Profissional (TSCP) pela necessidade de serem utilizadas didáticas diferenciadas para o ensino dos TBE, uma vez que os métodos de ensino unilateral desses têm se demonstrado pouco efetivos, e por vezes ineficientes (Michaux, 2010; Sanson & Stanley, 2010).

A TSCP tem se constituído como uma estratégia a qualificação profissional ao uso de TBE por valorizar as demandas sociais, o contexto em que é desenvolvida, propor a construção do conhecimento de forma integrada, valorizar o conhecimento e as experiências dos profissionais que participam dessa (Michaux, 2010). A concepção das TSCPs origina-se da aplicação das Tecnologias Sociais (TS) à qualificação dos profissionais envolvidos em políticas públicas.

As TSs caracterizam-se por intervenções estruturadas, viáveis e passíveis de reaplicação (Lassance Jr. & Pedreira, 2004). Estas são compostas por técnicas, materiais e procedimentos metodológicos testados, validados e com impacto social comprovado (Baumgarten, 2008). Têm como objetivo instrumentalizar os profissionais a atuarem de forma efetiva na resolução de problemas e tornarem-se hábeis a contribuírem para o desenvolvimento social. Desta forma, as TSs buscam promover a aplicação e disseminação do conhecimento científico no desenvolvimento social, de forma que a atuação dos profissionais, assim como de outros agentes envolvidos em programas sociais, seja embasada neste conhecimento (Baumgarten, 2008).

Estas também podem ser compreendidas como um conjunto de técnicas e procedimentos que visam ao desenvolvimento da sociedade, melhoria da qualidade de vida e inclusão social. Estas ações são desenvolvidas por organizações coletivas, que promovem a ampliação ao acesso e aplicação da ciência, assim como a inclusão de todos na produção de conhecimento científico (Lassance Jr. & Pedreira, 2004).

Frente a este panorama, pode-se observar que o desenvolvimento da Tecnologia Social de Capacitação Profissional para intervenção com vítimas de violência (TSCP-VS) constitui-se como uma estratégia à formação dos profissionais. Esta pode ser considerada uma alternativa efetiva por superar limitações de outras formas de disseminação do conhecimento científico e qualificação profissional, entre estas a ausência de investimentos, limitações das formas de ensino unilaterais, e as dificuldades em comprometer os profissionais ao uso de tratamentos baseados em evidências (Michaux, 2010; Sanson & Stanley, 2010). Ao planejar a estrutura da TSCP-VS foram investigadas as características do grupo profissional a qual esta se direcionava, tais como as demandas destes profissionais, principais lacunas do saber-fazer da formação profissional destes, possibilidade de deslocamento e viabilidade técnica. Com base nestas características, foram estabelecidas a frequência dos módulos, duração dos módulos, conteúdos a serem trabalhados, e as técnicas de ensino utilizadas.

Avaliação de uma Tecnologia Social de Capacitação Profissional

A avaliação da efetividade da capacitação oferecida deve ser adotada como uma atividade intrínseca ao desenvolvimento da mesma, em razão da diversidade de fatores que influenciam as possibilidades dessa ser exitosa (Grossman & Salas, 2011). Entre

esses, identifica-se o delineamento da capacitação, as características dos participantes e do ambiente organizacional (Cheng & Ho, 2001).

As variáveis investigadas na avaliação devem estar em consonância com os objetivos da capacitação, valorizar o impacto social dessa e constituir-se como uma ferramenta de melhoria das condições sociais dos participantes (Rossi, Lipsey, & Freeman, 2004). As pesquisas sobre a avaliação da capacitação têm utilizado predominantemente os modelos propostos por Kirkpatrick (1967) e por Hamblin (1978).

Kirkpatrick (1967) propôs que a capacitação deveria ser avaliada a partir da análise de quatro categorias. Cada categoria foi definida como um nível, sendo que os seus resultados estão correlacionados. A primeira categoria, ou nível 1, identificado como reações, refere-se às reações dos participantes à capacitação, investigando quais as percepções desses sobre a qualidade da capacitação e de que conteúdo, técnicas e habilidades abordadas são úteis à aplicação no trabalho. O nível 2, nomeado como aprendizado, constitui-se pela retenção e generalização dos conteúdos, técnicas e habilidades aprendidos pelos participantes. O nível 3, identificado como comportamento, constitui-se pela aplicação dos conteúdos, técnicas e habilidades abordados na capacitação no contexto de trabalho. Por fim, o nível 4, nomeado como resultados, é composto pela análise de que os objetivos estabelecidos pela organização foram alcançados por meio da capacitação. No nível 4, os objetivos da capacitação a serem alcançados abarcam a redução de custos, redução do absenteísmo e rotatividade de profissionais, aumento na qualidade e produtividade, e adoção de práticas éticas pelos profissionais (Kirkpatrick, 1967).

Hamblin (1978) ampliou o modelo de Kirkpatrick (1967), estabelecendo que a avaliação da capacitação deveria ser realizada em cinco níveis: reação; aprendizagem; comportamento no cargo; organização; e valor final. O primeiro nível, reação, investiga opiniões, satisfação e atitudes em relação aos conteúdos, técnicas e habilidades abordadas na capacitação. O nível seguinte, aprendizagem, averigua se ocorreu a retenção dos conteúdos trabalhados e se os objetivos instrucionais da capacitação foram alcançados. O terceiro nível, comportamento no cargo, investiga se há transferência da aprendizagem ao contexto do trabalho, avaliando o desempenho dos indivíduos. O quarto nível, organização, avalia o funcionamento da organização, investigando se há mudanças que possam ser identificadas como consequentes da capacitação. O valor

final analisa se essa alcançou os seus objetivos, originando benefícios ao desempenho da instituição pública ou privada em seu setor de atuação.

Estes modelos podem ser considerados similares, ao observar-se que ambos investigam a efetividade da capacitação por meio dos índices de reações, aprendizagem, comportamento ou comportamento no cargo, resultados ou organização e valor final (Abbad, Gama, & Borges-Andrade, 2000). Além disso, objetivam explicitar quais aspectos desta estão sendo exitosos, assim como aqueles que estão dificultando o desenvolvimento efetivo (Grossman & Salas, 2011).

A avaliação de capacitações tem se configurado como uma atividade cada vez mais desenvolvida nas organizações privadas e públicas (Grossman & Salas, 2011). A relevância de avaliar o impacto da capacitação no trabalho, a transferência de aprendizagem e o impacto por meio de efeitos indiretos da capacitação deve-se ao fato de que eles podem contribuir na construção de intervenções efetivas e relevantes ao contexto social (Rossi et al., 2004).

Avaliação de Impacto do Treinamento no Trabalho

O impacto do treinamento no trabalho refere-se às repercussões originadas pela capacitação sobre o desempenho global, as atitudes e motivação dos participantes (Lacerda & Abbad, 2003; Pilati & Abbad, 2005). Dessa forma, o impacto do treinamento no trabalho é identificado como os efeitos da capacitação no comportamento dos participantes, os quais podem não estar diretamente relacionados aos objetivos instrucionais da capacitação (Abbad, Gama, & Borges-Andrade, 2000; Pilati & Abbad, 2005).

A avaliação de impacto visa a investigar a presença e a intensidade das mudanças no desempenho dos participantes, associadas à capacitação, assim como os níveis de transferência de aprendizagem (Pilati & Abbad, 2005; Zerbini & Abbad, 2010). Observa-se que essa avaliação analisa o resultado final da capacitação e seu impacto na organização (Pilati & Abbad, 2005; Zerbini & Abbad, 2010).

Os níveis de impacto do treinamento estão correlacionados à aquisição, à retenção, à generalização e à transferência dos conteúdos, técnicas e habilidades abordados (Pilati & Abbad, 2005; Zerbini & Abbad, 2010). A aquisição refere-se ao processo de apreensão dos conhecimentos, das habilidades e das técnicas, desenvolvidos ao longo da ação instrucional da capacitação (Pilati & Abbad, 2005; Zerbini & Abbad,

2010). A retenção é um processo posterior à aquisição e diretamente relacionado a essa, constitui-se pelo armazenamento das informações na memória de longo prazo (Pilati & Abbad, 2005; Zerbini & Abbad, 2010). A generalização é a habilidade dos participantes identificarem situações, diferentes daquelas trabalhadas no processo instrucional, em que eles poderiam aplicar os conteúdos, técnicas e habilidades abordadas na capacitação (Pilati & Abbad, 2005; Zerbini & Abbad, 2010). Por fim, a transferência de aprendizagem está relacionada à aplicação eficaz no trabalho dos conteúdos, técnicas e habilidades adquiridos (Baldwin & Ford, 1988; Cheng & Ho, 2001; Pilati & Abbad, 2005). Explicita-se que esses eventos são correlacionados e a presença de cada um é necessária para a ocorrência de impacto. Apesar disso, não apresentam relações causais, uma vez que cada um deles é multideterminado (Pilati & Abbad, 2005).

Avaliação de Transferência de Aprendizagem

Define-se transferência de aprendizagem como a aplicação efetiva do conhecimento, habilidades e técnicas adquiridas durante a capacitação no contexto do trabalho e a manutenção desses por um determinado período de tempo (Baldwin & Ford, 1988; Cheng & Ho, 2001). Infere-se que a transferência de aprendizagem ocorre quando o conhecimento, as habilidades e as técnicas aprendidos são generalizados e afetam a forma como as pessoas desenvolvem as suas atividades no contexto do trabalho (Baldwin & Ford, 1988; Cheng & Ho, 2001).

A transferência de aprendizagem pode ser classificada como direta, ou em curto prazo, e indireta, ou em longo prazo (Garavaglia, 1995). A transferência em curto prazo está relacionada às capacitações com objetivos que visam à aplicação imediata dos conteúdos e técnicas abordadas, focando-se no aprendizado de técnicas operacionais, aplicadas em situações similares àquelas em que a aprendizagem ocorreu (Garavaglia, 1995). Enquanto a transferência em longo prazo refere-se às capacitações que visam à aplicação dos conteúdos e habilidades desenvolvidas em longo prazo, focados na transmissão de conteúdos e habilidades complexas, geralmente envolvendo o uso das habilidades e conteúdos em situações diferentes daquelas em que o aprendizado ocorreu (Garavaglia, 1995). Tanto a transferência direta como a indireta busca aumentar o desempenho dos profissionais na organização.

A avaliação de transferência de aprendizagem corresponde ao nível 3 do modelo de avaliação de capacitação proposto por Kirkpatrick (1967), o qual se refere aos

comportamentos, ou seja, aplicação dos conteúdos, técnicas e habilidades abordadas na capacitação no contexto de trabalho. Dessa forma, tem como objetivo investigar os níveis em que os conteúdos, técnicas e habilidades são aplicados ao contexto de trabalho (Baldwin & Ford, 1988; Cheng & Ho, 2001; Grossman & Salas, 2011). Além disso, essa investiga quais são os elementos que promovem ou dificultam o processo de transferência de aprendizagem (Baldwin & Ford, 1988; Cheng & Ho, 2001; Grossman & Salas, 2011).

Avaliação de Impacto mediante Efeitos Indiretos

Os efeitos indiretos da capacitação referem-se às repercussões mais amplas do impacto do treinamento, os quais podem promover o crescimento pessoal dos participantes em diversas áreas (Borges-Andrade & Abbad, 1996). Esses efeitos podem não estar diretamente relacionados ao desempenho dos participantes no seu contexto de trabalho (Aguinis & Kraiger, 2009).

A avaliação dos efeitos indiretos do impacto pode ser realizada por meio da mensuração dos benefícios consequentes da capacitação, os quais não estão diretamente associados aos objetivos instrucionais dessa (Aguinis & Kraiger, 2009). Para isso, deve-se valorizar o impacto subjetivo da capacitação no desenvolvimento global do participante, as repercussões à organização e à sociedade (Aguinis & Kraiger, 2009).

Entre os efeitos indiretos reconhecidos em pesquisas internacionais estão: desenvolvimento de raciocínio estratégico; adoção de soluções inovadoras; capacidade de se adaptar a diferentes contextos; desenvolvimento de habilidades técnicas e de autocontrole; aumento das crenças de autoeficácia e expectativas positivas; melhora nas habilidades de comunicação, planejamento e liderança; melhoras nos índices de autoavaliação dos participantes; empoderamento (Aguinis & Kraiger, 2009; Frayne & Geringer, 2000).

Em razão das repercussões do *burnout* sobre o trabalho dos profissionais, tais como o baixo comprometimento organizacional, desempenho insatisfatório, e o absenteísmo (Maslach & Leiter, 2008; Maslach, Schaufeli, & Leiter, 2001; Shapiro et al., 1999; Van Beek et al., 2012), investigou-se o impacto da TSCP-VS sobre os níveis das dimensões que compõe esta síndrome. Além disso, devido os níveis de demanda, controle e apoio social poderem interferir na aprendizagem, generalização e transferência das habilidades (Demerouti, Bakker, De Jonge, Janssen, & Schaufeli,

2001) desenvolvidas durante a TSCP-VS, também foi investigado o impacto da capacitação sobre os níveis de demanda, controle e apoio social dos profissionais.

Dimensão Psicossocial do Trabalho

A dimensão psicossocial do trabalho refere-se às condições deste, tais como tempo para realizar as tarefas, quantidade e conteúdo das tarefas, relação com os colegas e supervisores (Demerouti & Bakker, 2011; Demerouti, Bakker, Nachreiner, & Schaufeli, 2001). Observa-se que esta dimensão pode produzir repercussões na saúde e no bem-estar do profissional, assim como em seu desempenho laboral. A presença de fatores de risco psicossociais, como sobrecarga, falta de controle sobre o próprio trabalho e ausência de apoio social, tem sido associada a repercussões negativas no desempenho laboral e ao desenvolvimento de transtornos psicológicos, doenças cardiovasculares, e outros (Araújo & Karasek, 2008).

Entre as propostas teóricas desenvolvidas para investigar as condições de trabalho dos profissionais, o Modelo de Demanda-Controle tem se constituído como uma referência (Araújo, Graça, & Araújo, 2003; Karasek et al., 1998). Esse modelo compreende que as repercussões na saúde física e mental dos profissionais, advindas do trabalho, estariam significativamente relacionadas aos níveis de tensão ocupacional vivenciados por eles (Karasek, 1979; Karasek, Baker, Marxer, Ahlbom, & Theorell, 1981).

A tensão ocupacional refere-se às reações adversas dos profissionais aos fatores psicossociais que podem agir como estressores crônicos no ambiente de trabalho, como as atividades a serem desenvolvidas pelos profissionais e as possibilidades deles decidirem como realizá-las (Karasek, 1979; Spector, Chen, & O'Connell, 2000). De modo geral, a tensão ocupacional pode ser identificada no nível comportamental, físico ou psicológico. As reações reconhecidas no nível comportamental envolvem o abuso de substâncias, embriaguez no trabalho e absenteísmo. As manifestações identificadas no nível físico caracterizam-se por dores de cabeça, lesões musculoesqueléticas, e doenças psicossomáticas. Já as respostas reconhecidas no nível psicológico envolvem reações afetivas, incluindo atitudes (*e.g.* insatisfação no trabalho, interação negativa com os colegas e desejo de abandonar o trabalho) e emocionais (*e.g.* ansiedade, frustração e tristeza) (Spector et al., 2000).

Segundo o Modelo de Demanda-Controle, apesar das características do trabalho serem específicas a cada profissão e contexto laboral, estas podem, de modo geral, serem categorizadas em duas dimensões, a demanda e o controle (Araújo et al., 2003; Karasek, 1979; Karasek et al., 1998). Desta forma, pode-se compreender que a tensão ocupacional se constitui pela interação dos níveis de “demanda psicológica” e “controle” vivenciados pelos profissionais em seu contexto de trabalho (Karasek, 1979; Karasek et al. 1981).

A “demanda psicológica” refere-se aos aspectos organizacionais que exigem esforços cognitivos e/ou emocionais contínuos que, por sua vez, estão associados a custos fisiológicos e/ou emocionais. Exemplos destes podem ser observados em ocupações com alta pressão sobre as tarefas realizadas, que envolvem atividades complexas ou com alta demanda emocional, o nível de concentração requerido, presença de interrupção das tarefas (e.g. atendimento a ligações telefônicas enquanto desenvolve suas tarefas laborais; necessidade de desenvolver múltiplas tarefas ao mesmo tempo), necessidade de esperar pelas atividades realizadas por outros trabalhadores, e um ambiente físico inadequado (Bakker, Demerouti, Boer, & Schaufeli, 2003; Demerouti & Bakker, 2011; Demerouti et al., 2001; Karasek et al., 1998). Pontua-se que as demandas de trabalho não devem ser compreendidas exclusivamente como elementos negativos na relação dos profissionais com o seu trabalho. Estas se constituem como elementos estressores aos profissionais, quando são exigidos altos níveis de esforço (físico, cognitivo e/ou emocional) e não há a possibilidade dos profissionais recuperarem-se adequadamente (Meijman & Mulder, 1998).

Observa-se que a exposição dos profissionais a condições de trabalho estressantes e crônicas produzem um desgaste físico, emocional e/ou mental. Este desgaste físico, emocional e/ou mental pode causar um estado de exaustão (física, mental ou emocional), problemas de saúde, tais como a lesão por esforço repetitivo, doenças cardiovasculares e prejuízos na saúde geral, podendo culminar no desenvolvimento de *burnout* (Demerouti, Bakker, Nachreiner, & Schaufeli, 2000; Lee & Ashforth, 1996).

A variável “controle” constitui-se como um fator que contribui para os profissionais alcançarem seus objetivos, na redução dos efeitos negativos da demanda de trabalho, assim como pode estimular o seu desenvolvimento pessoal e a busca de qualificação profissional (Bakker et al., 2003; Demerouti & Bakker, 2011; Demerouti et

al., 2001). Esta pode ser compreendida como a capacidade dos profissionais gerenciarem as suas demandas de trabalho, assim como sobre a possibilidade de serem criativos e usarem, ou desenvolverem, novas habilidades. Refere-se, também, às percepções dos profissionais sobre o controle que possui sobre o seu ambiente de trabalho, sobre as atividades desenvolvidas e o resultado dessas. É constituída por dois aspectos, a autoridade decisória e o uso de habilidades. O primeiro pode ser entendido como a capacidade dos profissionais em decidir sobre como e quando realizarão suas atividades laborais, a influência deles em seu grupo de trabalho e no ambiente organizacional. O segundo diz respeito ao nível em que o trabalho envolve a aprendizagem de novas habilidades, ações repetitivas, uso da criatividade e o desenvolvimento de diferentes tarefas (Karasek et al., 1998).

Os contextos de trabalho nos quais os profissionais possuem altos índices de controle sobre as atividades laborais (*e.g.* autonomia, desenvolvimento de novas habilidades), podem potencializar o seu desenvolvimento e aprendizagem (Bakker et al., 2003; Bakker, Hakanen, Demerouti, & Xanthopoulou, 2007). Estes altos índices de controle no ambiente laboral também podem promover o comprometimento organizacional, baixos índices de despersonalização e excelente desempenho laboral (Bakker et al., 2007; Demerouti & Bakker, 2011).

Além destas relações, observa-se que altos níveis de controle no trabalho podem potencializar os índices de motivação intrínseca e extrínseca (Bakker et al., 2003, 2007; Shapiro et al., 1997). A motivação intrínseca pode ser compreendida como o desejo de desenvolver determinadas atividades ou ações por estas serem avaliadas como agradáveis, desafiadoras ou satisfatórias. Enquanto, a motivação extrínseca refere-se às ações realizadas em razão de consequências positivas (*eg.* recompensas, reconhecimento externo) ou negativas (*eg.* punições, desprestígio, pressões) (Ryan & Deci, 2000).

Referente às interações das variáveis demanda e controle, estas são influenciadas pelos níveis de recompensas e apoio social recebidos pelo profissional (Karasek et al., 1998). As recompensas estão associadas à variável demanda, ao serem reconhecidas como uma resposta aos esforços despendidos pelos profissionais. Dessa forma, identifica-se que baixos níveis de recompensa, como falta de valorização profissional e realização de tarefas inferiores à qualificação, podem constituir-se como fatores de risco psicossocial (Amazarray, 2010).

O apoio social pode ser entendido como as interações sociais positivas dos profissionais com os seus colegas e supervisores no ambiente de trabalho, assim como pelo suporte organizacional fornecido por esses. Este se constitui como um recurso de trabalho, o qual se relaciona diretamente com a variável controle, de forma que os efeitos benéficos relacionados aos altos níveis de controle aumentam ou diminuem proporcionalmente ao apoio social recebido (Karasek et al., 1998).

Estudos têm evidenciado que o apoio social pode desenvolver um papel crucial na redução dos efeitos negativos da tensão ocupacional e da exposição dos profissionais a altos índices de demanda (Bakker et al., 2003, 2007; Karasek et al., 1998). Além disso, altos níveis de apoio social têm sido associados à busca de qualificação profissional e a aprendizagem (Bakker et al., 2007).

Segundo Karasek (1979), as interações das variáveis demanda e controle determinariam as possibilidades do profissional assumir um papel ativo ou passivo em relação ao seu trabalho e as diferentes repercussões sobre a saúde física e mental. As combinações das variáveis demanda e controle podem ser classificadas em quatro categorias: trabalho de alto desgaste (alta demanda e baixo controle); trabalho ativo (alta demanda e alto controle); trabalho passivo (baixa demanda e baixo controle); e trabalho de baixo desgaste (baixa demanda e alto controle) (Karasek et al., 1981) (Ver Figura 1).

A categoria “trabalho de alto desgaste”, caracterizada por altos níveis de demanda e baixos níveis de controle, compõe as condições laborais mais prejudiciais à saúde e ao bem-estar do profissional. Está associada a altos níveis de estresse psicológico, *burnout*, insatisfação com o trabalho, fadiga, assim como desenvolvimento de doenças físicas e transtornos psicológicos (Karasek, 1979; Karasek et al., 1998).

As condições que constituem o “trabalho ativo” são as situações laborais com altos níveis de demanda e controle. Em razão dos altos níveis de controle, esse é relacionado à aprendizagem de novas habilidades e comportamentos. Em geral, envolve o desenvolvimento de diferentes atividades laborais, a capacidade de gerenciar o seu trabalho e implica que o profissional esteja motivado para desenvolvê-lo (Karasek, 1979; Karasek et al., 1998).

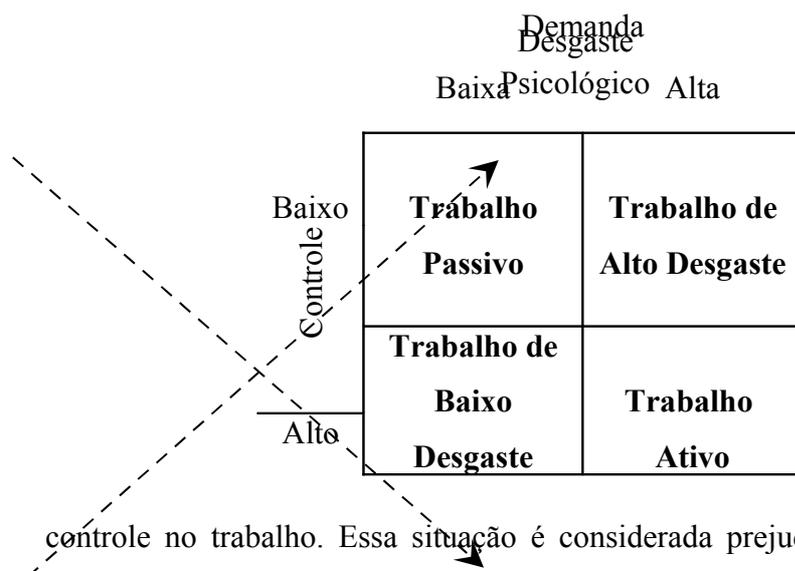


Figura 1. Modelo Demanda-Controle (Karasek et al., 1981)

O “trabalho passivo” compõe-se por baixos níveis de demanda e controle no trabalho. Essa situação é considerada prejudicial ao profissional, porque pode promover a redução de sua motivação ao trabalho, diminuição do uso de suas habilidades laborais, assim como debilitar o desenvolvimento e aquisição de novas habilidades (Karasek, 1979; Karasek et al., 1998).

A categoria de “trabalho de baixo desgaste” compreende a combinação de baixos níveis de demanda e altos níveis de controle. Esta é indicada como ideal sob a perspectiva da saúde, em razão dos altos níveis de controle possibilitarem a aprendizagem e o uso de novas habilidades em condições de baixos níveis de demanda (Karasek, 1979; Karasek et al., 1998).

Ao analisar-se as categorias de interação das variáveis demanda e controle, observa-se que os altos níveis de controle podem amenizar os efeitos de exaustão emocional originados por altos níveis de demanda. Além disso, altos níveis de controle estão associados a baixos índices de ansiedade, *burnout* e desenvolvimento de doenças físicas (De Jonge et al., 1999; Rafferty, Friend, & Landsbergis, 2001). Evidencia-se com isso que a variável controle pode moderar significativamente os efeitos negativos da demanda (Van der Doef & Maes, 1999). Dessa forma, um alto nível de controle no trabalho constitui-se como um fator de proteção aos efeitos negativos da demanda ao possibilitar a tomada de decisões, a resolução de dificuldades e o enfrentamento de desafios (Rafferty et al., 2001).

As relações expostas explicitam a complexidade das repercussões do trabalho na saúde e bem-estar dos profissionais. Entre as síndromes ocupacionais investigadas, estudos têm explicitado as relações do *burnout*, ou síndrome do esgotamento profissional, com os níveis de tensão ocupacional enfrentadas pelos profissionais (Demerouti et al., 2001; Griffin, Hogan, Lambert, Tucker-Gail, & Bakker, 2009).

Infere-se que o *burnout*, ou síndrome do esgotamento profissional, por exemplo, é um transtorno que acomete principalmente profissionais da área das ciências humanas e da saúde, que têm um elevado contato social e vínculos de cuidado com outros indivíduos (Maslach & Jackson, 1981).

Síndrome do Esgotamento Profissional - *Burnout* entre Profissionais de Psicologia

O *burnout*, ou síndrome do esgotamento profissional, deve ser compreendido como uma resposta dos profissionais a um longo processo de exposição a condições de trabalho estressantes e crônicas (Maslach & Jackson, 1981; Maslach & Leiter, 2008; Maslach et al., 2001). Pode-se entender que esse se origina da interação das condições ocupacionais e estratégias de *coping* adotadas pelos profissionais no enfrentamento das situações de trabalho estressantes (Carlotto, Câmara, Otto, & Kauffmann, 2010; Colossi, Calesso-Moreira, & Pizzinato, 2011; Gil-Monte, 2005). Uma vez que envolve diversos fatores relacionados à organização, é identificada como uma síndrome ocupacional (Demerouti et al., 2001; Maslach & Leiter, 2008; Maslach et al., 2001).

As principais características do *burnout* são: predominância de sintomas disfóricos, tais como exaustão emocional e fadiga; apresentação de sintomas comportamentais e psicológicos, em detrimento aos sintomas físicos; manifestação de sintomas em pessoas sem nenhum outro diagnóstico de distúrbios psíquicos; e diminuição gradativa no rendimento ocupacional em razão de atitudes e comportamentos disfuncionais (Maslach & Leiter, 2008). Este deve ser entendido a partir de uma perspectiva multidimensional, que possibilite a inclusão dos fatores organizacionais. As três dimensões que constituem o *burnout* são exaustão emocional, despersonalização e baixa realização profissional no trabalho (Maslach & Leiter, 2008; Maslach et al., 2001).

A exaustão emocional é identificada como uma resposta à exposição prolongada a situações estressantes no meio organizacional, causadas por incongruências entre o profissional e o seu trabalho (Maslach & Leiter, 2008; Maslach et al., 2001; Schaufeli & Bakker, 2004). Representa a dimensão individual da síndrome, sendo indicada como o componente crítico e característico do *burnout* (Maslach et al., 2001). Esta se caracteriza pelos sentimentos de esgotamento emocional, cognitivo e físico, pelas percepções de estar sobrecarregado e crenças de que é incapaz de lidar com a demanda de seu trabalho (Demerouti, Bakker, Vardakou, & Kantas, 2003; Demerouti et al., 2010;

Maslach & Leiter, 2008). Pode ser entendido como um mecanismo emocional e cognitivo que auxilia o profissional a lidar com a demanda exaustiva do trabalho (Maslach & Leiter, 2008).

A despersonalização é compreendida como uma resposta ao impacto que as situações estressantes vivenciadas no trabalho têm sobre a dimensão interpessoal do profissional. Esta é considerada uma dimensão essencial da síndrome de *burnout*, uma vez que a exaustão emocional e a baixa realização profissional podem estar associadas a outras síndromes (Carlotto, 2010). Observa-se que a despersonalização pode funcionar como uma estratégia ao enfrentamento das situações de trabalho estressantes. Esta estratégia pode, inicialmente, funcionar como um fator protetivo às demandas de trabalho exaustivas, mas em longo prazo se constitui como um risco ao profissional, às pessoas que mantêm contato diretamente com ele, assim como à organização. Esta se caracteriza por um distanciamento emocional do profissional com o seu trabalho, de forma a ele perceber as pessoas a quem presta serviço como objetos (Maslach et al., 2001; Maslach & Leiter, 2008).

A baixa realização profissional no trabalho é uma resposta do profissional ao enfrentamento de repetitivas situações de alta demanda, com as quais ele não possui habilidades técnicas suficientes para manejar. Constitui-se como uma tendência do profissional em depreciar a sua capacidade de trabalho e perceber-se como improdutivo. De forma que, nessa dimensão, são identificados altos níveis de sentimentos de ineficácia, baixa realização e baixa produtividade no trabalho (Maslach et al., 2001). Esses sentimentos debilitam as habilidades interpessoais do profissional relacionadas ao seu trabalho, prejudicando o desenvolvimento de suas atividades profissionais, especialmente quando envolve o contato direto com as pessoas (Maslach, 2003).

A exaustão emocional pode ser considerada como a primeira manifestação do *burnout*, de forma que a despersonalização seria uma estratégia para enfrentar a exaustão emocional. A dimensão de baixa realização profissional no trabalho resulta, de forma mais ou menos intensa, da interação das dimensões de exaustão emocional e despersonalização com a demanda de trabalho (Maslach & Leiter, 2008). Pontua-se que apesar dessas três dimensões estarem relacionadas, a prevalência dessas varia de acordo com aspectos pessoais e ocupacionais do profissional que a apresenta (Maslach & Jackson, 1981; Rafferty et al., 2001).

No que se refere ao impacto negativo da demanda sobre os níveis de exaustão emocional e despersonalização, este pode ser observado nos estudos de Xanthopoulou, Bakker, Demerouti, e Schaufeli (2007) que envolveu 747 profissionais de enfermagem que trabalhavam em instituições asilares de idosos e na pesquisa de Demerouti et al. (2001) que envolveu 374 profissionais de diferentes áreas (professores, enfermeiros, funcionários do setor de produção de uma indústria farmacêutica, controladores de tráfego aéreo). Em ambas as pesquisas foi identificado o papel crucial da demanda no aumento dos níveis de exaustão emocional e despersonalização (Demerouti et al., 2001; Xanthopoulou et al., 2007).

Estes estudos também demonstraram que os níveis de controle e apoio social relacionam-se de forma negativa aos índices de exaustão emocional e despersonalização (Demerouti et al., 2001; Xanthopoulou et al., 2007). Pontua-se que as associações observadas podem ser compreendidas como indicadores do papel protetivo dos índices de controle e apoio social dos profissionais no desenvolvimento de *burnout* (Demerouti et al., 2001; Xanthopoulou et al., 2007).

Além destas relações, foi investigado se os níveis de demanda, controle e autodeterminação no trabalho constituem-se como preditores das dimensões exaustão emocional, despersonalização e baixa realização profissional de *burnout*. A autodeterminação no trabalho pode ser compreendida como um processo de avaliação, planejamento e execução das tarefas laborais, de modo que o profissional decide como estas atividades laborais serão desenvolvidas, realizando-as de forma efetiva (Fernet, Guay, & Senécal, 2004).

O estudo de Fernet et al. (2004) envolveu 398 professores de uma universidade do Canadá. Foi observado que os níveis de demanda, controle e autodeterminação no trabalho constituíam-se como preditores das dimensões de exaustão emocional e despersonalização do *burnout*. Já para a dimensão de baixa realização profissional, apenas os níveis de controle e autodeterminação caracterizaram-se como preditores desta (Fernet et al., 2004).

Além destes achados, foi demonstrado que entre os profissionais com altos níveis de autodeterminação no trabalho, os altos níveis de controle sobre o trabalho reduziam os efeitos negativos dos altos níveis de demanda sobre os níveis das três dimensões de *burnout* despersonalização, exaustão emocional e baixa realização profissional no trabalho. Enquanto entre profissionais com altos níveis de

autodeterminação, mas baixos níveis de controle, os efeitos negativos dos altos níveis de demanda sobre os níveis das três dimensões de *burnout* não sofriram redução (Fernet et al., 2004). Contrariamente, entre os profissionais com baixos níveis de autodeterminação, os níveis de controle (alto ou baixo) não interferiram sobre os efeitos negativos dos altos níveis de demanda sobre a saúde dos profissionais. Desta forma, os níveis de controle entre sujeitos com baixos níveis de autodeterminação não influenciavam nas repercussões negativas dos altos níveis de demanda sobre os níveis de despersonalização, exaustão emocional e baixa realização profissional no trabalho (Fernet et al., 2004).

Os resultados deste estudo demonstraram as relações entre os níveis de demanda e controle com as três dimensões de *burnout*. Com base nestes achados, também foi explicitado o papel moderador das características pessoais, tal como a autodeterminação no trabalho, na interação dos níveis de demanda e controle com aos níveis de exaustão emocional, despersonalização e baixa realização profissional (Fernet et al., 2004).

Referente às relações das dimensões de *burnout* e as condições de trabalho de profissionais de psicologia ($n = 126$), foi observado que as três dimensões desta síndrome apresentaram uma correlação positiva com o número de horas que o profissional trabalhava em contato direto com os clientes (*e.g.* pacientes, trabalhadores, alunos). Já os níveis de despersonalização estavam associados às condições de trabalho, enquanto os índices de baixa realização profissional relacionaram-se de forma positiva à carga horária (Ortiz Viveros & Ortega Herrera, 2009).

Observou-se que entre os profissionais de psicologia que atuam na área clínica ($n = 571$), os níveis de exaustão emocional estavam positivamente associados ao número de horas de trabalho; necessidade de cumprir funções administrativas e burocráticas; comportamentos negativos dos clientes; e envolvimento excessivo com os clientes. Os níveis de despersonalização estiveram positivamente relacionados à necessidade de cumprir funções administrativas e burocráticas; comportamentos negativos dos clientes; e envolvimento excessivo com os clientes. Os níveis de baixa realização profissional no trabalho estavam positivamente relacionados à necessidade de cumprir funções administrativas e burocráticas. Por outro lado, as percepções sobre os níveis de controle no trabalho e remuneração financeira estavam negativamente associados às três dimensões de *burnout* (Rupert & Morgan, 2005).

Em relação à prevalência do *burnout* entre os profissionais de psicologia, estudos com amostras não probabilísticas demonstraram que os índices nas dimensões de *burnout* foram específicos a cada amostra investigada (Biehl, 2009; Ortiz Viveros & Ortega Herrera, 2009; Rupert & Morgan, 2005). O estudo realizado por Ortiz Viveros e Ortega Herrera (2009) com 126 profissionais de psicologia mexicanos demonstrou que entre os participantes, apenas 8% apresentaram altos níveis de *burnout*, 40% índices médios e 22% índices baixos, sendo que de modo geral os índices de exaustão emocional, despersonalização e baixa realização profissional foram predominantemente baixos (Ortiz Viveros & Ortega Herrera, 2009). Em uma pesquisa com profissionais de psicologia americanos que trabalhavam na área clínica ($n = 571$) também foram observados índices baixos de *burnout*, foi encontrado que os índices exaustão emocional e despersonalização foram médios, enquanto os índices de baixa realização profissional foram altos (Rupert & Morgan, 2005).

Em um estudo com profissionais de psicologia brasileiros ($n = 915$) foi observado que 41,3% dos participantes apresentavam altos níveis de despersonalização e 45,9% baixa realização profissional, já os índices de exaustão emocional foram baixos entre 45,1% dos profissionais (Biehl, 2009). Estes resultados sugerem que os profissionais de psicologia apresentavam um alto risco ao desenvolvimento de *burnout* (Biehl, 2009), evidenciando a necessidade de serem desenvolvidas intervenções que previnam o desenvolvimento desta síndrome neste grupo ocupacional e promova os índices de bem-estar no trabalho.

O *burnout* tem sido associado a diversas respostas negativas relacionadas ao indivíduo, ao seu trabalho e organização. Referente ao indivíduo observa-se que o *burnout* tem sido negativamente relacionado com sua saúde, qualidade de vida e bem-estar. Pode, também, estar relacionados ao abuso de substâncias, transtornos de humor e de ansiedade, distúrbios no sono, doenças psicossomáticas (Beek et al., 2012; Maslach et al., 2001). Entre as repercussões ao trabalho dos profissionais, identificam-se a insatisfação com o trabalho, o baixo comprometimento organizacional, desempenho insatisfatório, redução na frequência de interação com os colegas. Os efeitos negativos à organização são absenteísmo e rotatividade de profissionais (Beek et al., 2012; Maslach & Leiter, 2008; Maslach et al., 2001).

Além das repercussões negativas do *burnout* citadas anteriormente, pode-se identificar o impacto negativo desta síndrome no sistema de proteção às crianças e

adolescentes. O distanciamento emocional e cognitivo, característicos do *burnout* (Maslach et al., 2001), podem fazer com que os profissionais tornem-se negligentes a questões importantes do seu trabalho. Desta forma, estes trabalhadores podem não valorizar adequadamente as dificuldades enfrentadas pelas crianças e adolescentes vítimas de maus-tratos, prejudicando a qualidade do atendimento desenvolvido e reduzindo a possibilidade das intervenções desenvolvidas auxiliarem na recuperação da vítima (Shapiro et al., 1997, 1999; Stevens & Higgins, 2002).

Referente aos profissionais de psicologia que atendem demandas relacionadas à VS contra crianças e adolescentes, pode-se observar que estes geralmente estão expostos a altos níveis de demanda, condições de trabalho precárias (Azar, 2000), por vezes não possuem qualificação profissional para atender estas demandas adequadamente (CFP, 2009). Estas características laborais têm sido considerados fatores de risco ao desenvolvimento de *burnout* (Santos et al., 2010), sendo que trabalhar com vítimas de VS e seus familiares pode constituir-se como um fator estressante (Coles et al., 2013; Kadambi & Truscott, 2003, 2004; Shapiro et al., 1997, 1999).

A falta de formação adequada para atuar no atendimento de vítimas de VS constitui-se como uma das dificuldades enfrentadas pelos profissionais no desenvolvimento de seu trabalho (CFP, 2009; Luna et al., 2010; Penso et al., 2008; Pires & Miyazaki, 2005). Em consonância com estas limitações, a qualificação profissional tem sido indicada como um fator protetivo ao desenvolvimento de *burnout* entre profissionais que atuam no atendimento de vítimas de VS (Coles et al., 2013; Follette, Polusny, & Milbeck, 1994; Shapiro et al., 1997, 1999).

O papel protetivo da qualificação profissional pode ser observado no estudo de Follette et al. (1994). Este investigou o impacto das demandas de trabalho relacionadas à VS contra crianças e adolescentes nos níveis de estresse de profissionais de psicologia ($n = 471$) e policiais ($n = 87$) que trabalham em serviços de proteção às vítimas. Esta investigação também buscou identificar quais eram as estratégias utilizadas pelos profissionais para enfrentar estas demandas. Foi observado que os profissionais de psicologia, em comparação aos policiais, apresentavam menores índices de estresse. Além disso, foi identificado que para 96% dos profissionais de psicologia e 93% dos policiais entrevistados buscar informações sobre a definição da VS contra crianças e adolescentes foi considerada uma estratégia de *coping* efetiva para enfrentar as

demandas de trabalho relacionadas a esta violência (Follette et al., 1994). Estes achados explicitam a importância de promover a qualificação profissional aos trabalhadores que atendem as demandas desta população (Follette et al., 1994), indicando também a relevância de serem utilizados TBE.

Frente a este panorama, o presente estudo objetivou avaliar a efetividade da TSCP-VS mediante efeitos indiretos e impacto no trabalho dos profissionais de psicologia capacitados. A avaliação de efetividade mediante efeitos indiretos investigou o impacto da TSCP-VS sobre os níveis de *burnout*, demanda, controle e apoio social dos participantes da capacitação. Ao realizar esta avaliação buscou-se testar as seguintes hipóteses:

- 1) Os participantes da TSCP-VS apresentarão uma redução dos níveis de *burnout* ao longo das avaliações;
- 2) Os profissionais capacitados apresentarão uma redução nos índices de demanda e aumento nos níveis de controle e apoio social ao longo do tempo;
- 3) Os índices de *burnout* dos profissionais que não participaram da TSCP-VS apresentarão um aumento ao longo das avaliações;
- 4) Ao final das avaliações, os profissionais que não participaram da capacitação apresentarão um aumento nos níveis de demanda e redução nos índices de controle e apoio social;

O impacto da TSCP-VS no trabalho dos profissionais capacitados foi avaliado por meio dos níveis de impacto do treinamento no trabalho e dos níveis de transferência de aprendizagem. Investigou-se também se os índices de *burnout*, demanda, controle e apoio social dos participantes da capacitação estavam relacionados aos níveis de impacto e transferência de aprendizagem. Foram investigadas as seguintes hipóteses:

- 5) Ao final da TSCP-VS os profissionais apresentarão altos índices de impacto do treinamento no trabalho;
- 6) Os níveis de transferência de aprendizagem dos profissionais serão altos;
- 7) Os índices de impacto do treinamento no trabalho e transferência de aprendizagem serão maiores entre os profissionais capacitados que possuam menores índices de *burnout* e demanda e maiores níveis de controle e apoio social.

CAPÍTULO II

MÉTODO

Delineamento

Neste estudo utilizou-se o delineamento *quasi-experimental* para avaliação do impacto da TSCP-VS, porque esse possibilita investigar a efetividade da capacitação por meio de grupos não randomizados (Robson, 1993; Rossi et al., 2004). Esse é considerado um método efetivo à análise de impacto de programas de capacitação porque seu desenvolvimento é viável e compatível com as exigências do contexto organizacional (Tannenbaum & Yulk, 1992). Além disso, por seu caráter longitudinal, possibilita a aplicação dos instrumentos em diferentes momentos e proporciona que mudanças decorrentes da capacitação sejam observadas (Rossi et al., 2004).

Participantes

Com o objetivo de investigar o impacto da TSCP sobre o trabalho dos profissionais foram formados dois grupos de amostras não-randomizadas, o Grupo Intervenção (G1) e o Grupo Comparação (G2), a amostra final foi composta por 56 profissionais de psicologia. No primeiro momento da pesquisa (T1 – pré-teste) 36 profissionais formaram o G1 e 60 profissionais formaram o G2. Em T2 (pós-teste 1) o G1 constituiu-se por 32 profissionais e o G2 foi formado por 24 profissionais. Por fim, no último momento da pesquisa (T3 – pós-teste 2) o G1 foi formado por 29 profissionais e o G2 foi composto por 12 profissionais. A perda amostral dos participantes entre T1, T2 e T3 ocorreu devido ao não comparecimento dos participantes ao dia e local da aplicação do pós-teste 1, a perda total de contato com os participantes (pós-teste 2 e 3 do G2) e a recusa de alguns profissionais de permanecerem contribuindo com a pesquisa (pós-teste 3 do G1 e pós-teste 2 e 3 do G2).

O G1 constituiu-se por 32 profissionais de psicologia que trabalhavam em instituições públicas de atendimentos as vítimas de VS no Estado do Rio Grande do Sul. A amostra era formada predominantemente por mulheres (94%, $n = 30$), a idade média dos participantes foi de 35,47 anos ($DP = 10,70$ anos, amplitude 24 a 63 anos), sendo que 53% declararam serem solteiros, 34% casados e 13% divorciados. Em relação às características laborais, o tempo de trabalho médio variou de um mês a 37 anos e oito meses ($M = 61,81$; $DP = 90,10$), sendo que o tempo de trabalho na função variou entre um mês a 17 anos e três meses ($M = 33,78$; $DP = 48,00$). Entre os profissionais, 67% eram concursados e 33% eram prestadores de serviço, sendo que a carga horária média de trabalho foi de 31,09 horas ($DP = 7,64$; amplitude de 20 a 40 horas). Referente à escolaridade, 50% dos profissionais citaram ter ao menos uma pós-graduação, sendo que: 9% possuíam formação em terapia sistêmica; 8% possuíam formação em psicologia clínica; 6% possuíam formação em psicoterapia orientação analítica; 6% em psicologia clínica; 6% terapia cognitivo-comportamental; 3% possuíam especialização em psicopedagogia; 3% em avaliação psicológica; 3% gestão de pessoas; 3% violência doméstica; 3% em análise institucional; 3% psicologia escolar; e 3% em saúde coletiva.

A amostra final do G2 foi formada por 24 profissionais de psicologia que trabalhavam em instituições de atendimento as vítimas de VS e não participaram de nenhuma etapa da capacitação. Destes, 92% ($n = 22$) eram mulheres, a idade média dos

participantes foi de 32 anos ($DP = 7,14$ anos, amplitude 23 a 52 anos), sendo que 58% declararam serem solteiros, 38% casados e 4% divorciados. Referente ao contrato de trabalho dos profissionais, 83% eram concursados e 17% prestadores de serviço, carga horária média de trabalho foi de 33,21 horas ($DP = 7,65$; amplitude de 20 a 40 horas). O tempo de trabalho médio variou entre três meses a nove anos e oito meses ($M = 36,29$; $DP = 30,00$), sendo que o tempo de trabalho na função variou de três meses a oito anos e três meses ($M = 34,44$; $DP = 26,84$). Em relação à escolaridade, 70% dos profissionais citou ter ao menos uma pós-graduação, sendo que 33% possuía formação em psicopedagogia, 20% possuíam formação em terapia sistêmica, e 4% em psicoterapia de orientação analítica.

Neste estudo, os critérios de inclusão utilizados tanto ao G1, como ao G2, foram: possuir formação em psicologia; trabalhar em instituições que prestam atendimento público às crianças e adolescentes vítimas de VS; e concordar em participar da pesquisa. Ao G1 foi utilizado como critério de inclusão específico os participantes manifestarem interesse, comparecerem ao processo seletivo, e concluírem os módulos instrucionais da TSCP-VS. O critério de inclusão específico ao G2 foi a não participação em qualquer etapa da TSCP-VS. Os critérios de exclusão referem-se a não concordância em participar da pesquisa ou em responder os instrumentos.

Instrumentos

- Questionário Biossociodemográfico e Laboral (Anexo A): Este instrumento investigou informações biossociodemográficas e laborais, tais como gênero, idade, estado civil, escolaridade, vínculo empregatício enquanto profissionais de Psicologia, formação específica para atuação no atendimento de vítimas de VS, entre outras. Foi aplicado em G1 e G2 em T1, T2 e T3.
- *Job Content Questionnaire* (JCQ) (Anexo B): Este instrumento foi construído e validado por Karasek (1985), com o objetivo de avaliar os aspectos relacionados às características psicossociais do trabalho e aos níveis de tensão ocupacional. A versão brasileira foi validada por Araújo e Karasek (2008), apresentou *alphas* de Cronbach (α) satisfatórios: Controle no trabalho: $\alpha = 0,65$ (autoridade decisória: $\alpha = 0,69$; uso de habilidades: $\alpha = 0,65$); Demanda Psicológica: $\alpha = 0,66$; Apoio Social: $\alpha = 0,71$ (apoio entre colegas de trabalho: $\alpha = 0,69$; apoio de supervisores: $\alpha = 0,79$); Demanda Física: $\alpha = 0,76$. O instrumento é composto

pelas seguintes escalas e subescalas: Controle no trabalho, formada pelas subescalas autoridade decisória (itens 6, 10, 5, 8) e uso de habilidades (itens 3, 4, 5, 7, 9, 11); Demanda Psicológica (itens 19, 15, 20, 22, 23, 26); Apoio Social, formada pelas subescalas apoio entre colegas de trabalho (itens 53, 54, 58) e apoio de supervisores (itens 48, 49, 51, 52); Insegurança no trabalho (itens 33, 36, 34); e Demanda Física, formada pelas subescalas exaustão física (itens 21, 24, 25), cargas físicas (itens 30, 31) e demanda física (itens 21, 24, 25, 30, 31). Foi aplicado em G1 e G2 em T1, T2 e T3.

- *Maslach Burnout Inventory* (MBI) (Anexo C): Este instrumento foi elaborado por Maslach e Jackson (1981), desenvolvido para avaliar os níveis das três dimensões que compõe o *burnout*. Este foi adaptado por Lautert (1995) à língua portuguesa. A dimensão exaustão emocional é avaliada pelos itens: 1; 3; 6; 8; 13; 14; 16; 20. A dimensão despersonalização é avaliada pelos itens: 5; 10; 11; 15; 22. A dimensão baixa realização profissional no trabalho é avaliada pelos itens: 4; 7; 9; 12; 17; 18; 19; 21. A versão brasileira foi validada por Lautert (1995), a qual apresentou *alphas* de *Cronbach* (α) satisfatórios: Exaustão emocional: $\alpha = 0,86$; Despersonalização: $\alpha = 0,69$; Baixa realização profissional no trabalho: $\alpha = 0,76$. Foi aplicado em G1 e G2 em T1, T2 e T3.
- Escala de Transferência de Aprendizagem (ETA) (Anexo D): Esta escala objetivou averiguar os níveis de transferência de aprendizagem dos profissionais ao contexto de trabalho. Para isso, os comportamentos que explicitam a aplicação do conhecimento, habilidades e técnicas adquiridos na capacitação foram investigados. Este instrumento foi elaborado pela equipe de pesquisadores envolvidos na capacitação. Foi aplicada ao G1 em T2 e T3.
- Escala de Impacto do Treinamento no Trabalho (EIT) (Anexo E): Esta escala foi desenvolvida e validada por Abbad (1999). Foi utilizada para investigar o impacto do treinamento por meio dos indicadores: melhora do desempenho no trabalho; motivação para realização das atividades ocupacionais; e atitude favorável à modificação da forma de se realizar o trabalho (Abbad, 1999). A escala possui uma estrutura unifatorial com *alpha* de *Cronbach* $> 0,90$ (Pilati & Abbad, 2005). Esta escala foi aplicada ao G1 em T2 e T3.

Procedimentos

Esta dissertação constitui-se como um recorte de um projeto maior, intitulado “Avaliação de Programa de Capacitação Profissional e de Intervenção Psicológica para Crianças e Adolescentes Vítimas de Violência Sexual”. Este projeto teve como objetivo avaliar a aplicação do modelo de grupoterapia cognitivo-comportamental por profissionais da rede de atendimento público às crianças vítimas de VS, no estado do Rio Grande do Sul.

Este projeto maior foi aprovado pela Comissão de Ética e Pesquisa em Saúde do Grupo Hospitalar Conceição (CEP-GHC), número do protocolo: 00150164000-10 (Anexo F). Ao serem convidados a contribuir com o estudo os participantes do G1 receberam o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Anexo G), assim como os participantes do G2 receberam o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido adaptado à coleta *online* (Anexo H).

Foram formados dois grupos para avaliar os efeitos indiretos da capacitação entre os profissionais que trabalham no atendimento de vítimas de VS, o Grupo 1 (G1) que foi formado por profissionais de psicologia que concluíram a parte instrucional da capacitação, enquanto o Grupo 2 (G2) foi composto por profissionais de psicologia que não participaram de nenhuma etapa da capacitação. A aplicação dos instrumentos ao G1 e ao G2 ocorreu em três tempos. O intervalo entre o pré-teste (T1) e o pós-teste 1 (T2) foi de três meses, e entre as aplicações do pós-teste 1 (T2) e o pós-teste 2 (T3) foi de cinco meses (Ver Tabela 1).

Tabela 1

Linha do Tempo das Atividades da Avaliação da TSCP-VS

	Pré-Teste	Pós-Teste 1	Pós-Teste 2
Grupo 1 (G1)	Antes do início da capacitação	Aplicado ao final do terceiro módulo	Aplicado ao final da capacitação
Grupo 2 (G2)	1° Aplicação dos instrumentos	2° Aplicação dos instrumentos	3° Aplicação dos instrumentos

O modo de coleta de G1 foi presencial e virtual. O pré-teste (T1) foi realizado no início da capacitação, após os participantes terem sido selecionados. O segundo momento de aplicação, pós-teste 1 (T2), ocorreu ao término do terceiro módulo,

referente ao fim da parte instrucional da capacitação. O terceiro momento de aplicação, pós-teste 2 (T3), foi realizado ao término das cinco supervisões (quarto módulo), o qual se referiu ao término da capacitação. Esta terceira aplicação foi realizada de forma virtual, tendo em vista que alguns participantes não puderam comparecer ao último encontro do quarto módulo. Foi utilizada esta estratégia de coleta para reduzir as perdas de participantes e as limitações que a coleta presencial poderia acarretar.

O modo de coleta do G2 foi *online*, por meio do *site surveymonkey* que disponibilizou as informações sobre a pesquisa, o Termo de Consentimento Livre Esclarecido (Anexo H), o questionário e dados para os profissionais entrarem em contato com a equipe que desenvolveu o estudo. A fim de possibilitar a participação de um maior número de profissionais, a pesquisa foi divulgada por *e-mail* às instituições que trabalham com vítimas de VS. Neste *e-mail* os objetivos da pesquisa, caráter voluntário de sua participação, contato da equipe que estava desenvolvendo o estudo foram apresentados, sendo que os questionários poderiam ser acessados por meio de um *link*. A participação no estudo estava condicionada a aceitação do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, de forma que o(a) participante só poderia ter acesso aos instrumentos apenas se concordasse em participar da pesquisa.

O acesso aos participantes do G1 foi realizado por meio de ampla divulgação da TSCP-VS aos Centros de Referência Especializados de Assistência Social (CREAS), organizações não governamentais de atendimento às vítimas de VS e outras instituições governamentais que prestam atendimento às vítimas de VS no Rio Grande do Sul. A divulgação foi realizada por *e-mail* e por outras mídias sociais (*homepage* do grupo de pesquisa, *facebook*), nos quais foram encaminhadas informações sobre a TSCP-VS, tais como o período de inscrições, cronograma da capacitação, e temáticas abordadas. A fim de oportunizar que profissionais de diferentes localidades participassem da capacitação, o período de inscrição foi de dois meses, por meio de *e-mail*.

Em razão da TSCP-VS objetivar reduzir as lacunas do saber-fazer por meio da aplicação do conhecimento, foi realizado um processo seletivo dos participantes da capacitação, de modo a selecionar aqueles que poderiam efetivamente aplicar o modelo de grupoterapia em sua atuação profissional. O processo seletivo envolveu a análise do currículo dos profissionais e cartas de intenções. Os profissionais que trabalhavam em instituições de atendimento às vítimas de VS foram convidados a participar de uma entrevista individual. A entrevista foi realizada com o objetivo de conhecer o trabalho

desenvolvido por eles em seus municípios, explicar detalhadamente o processo de TSCP-VS ao qual estavam se candidatando, investigar a disponibilidade deles para participarem da capacitação, averiguar a existência de espaço físico adequado para realização de intervenção no modelo de grupoterapia cognitivo-comportamental, e a motivação dos profissionais para o atendimento das crianças/adolescentes no modelo proposto de grupoterapia cognitivo-comportamental. Por fim, os profissionais selecionados foram convidados a participar da TSCP-VS e contribuir com a pesquisa.

Os participantes do G2 foram avaliados após o término do período de inscrições e seleção dos participantes da TSCP-VS, de forma que todos os profissionais tivessem a mesma oportunidade de participarem dessa. Os participantes do G2 foram convidados a participar deste estudo por meio de *e-mail* e outras mídias sociais (*homepage* do grupo de pesquisa, *facebook*), sendo realizada uma divulgação ampla aos CREAS, organizações não governamentais de atendimento às vítimas de VS e outras instituições governamentais que prestem atendimento às vítimas de VS no Rio Grande do Sul. O acesso aos participantes do G2 também foi realizado pela adoção da técnica da bola de neve (Patton, 1990), de forma que os participantes do G1 e G2 tiveram a possibilidade de indicar outros profissionais para comporem o G2.

A TSCP-VS foi desenvolvida com a colaboração do Centro de Estudos Psicológicos CEP-Rua de Novo Hamburgo, sendo realizada em Porto Alegre (RS), no Instituto de Psicologia da UFRGS. Constituiu-se por quatro módulos, com frequência mensal, sendo que os três primeiros módulos constituíram a parte instrucional da capacitação, e o quarto módulo abrangeu cinco supervisões dos atendimentos clínicos realizados no modelo de grupoterapia para crianças e adolescentes vítimas. A carga horária total foi de 34 horas, sendo 24 horas referentes à parte instrucional da capacitação e 10 horas às supervisões dos atendimentos.

O objetivo da TSCP-VS foi capacitar teoricamente os profissionais sobre os seguintes tópicos: definição da VS, dinâmica desta forma de violência, consequências ao desenvolvimento da vítima e familiares; ações que devem ser desenvolvidas ao identificarem-se casos de suspeita ou confirmação de VS; modelo de avaliação psicológica às vítimas e aos familiares; e à aplicação do modelo de grupoterapia cognitivo-comportamental para meninas vítimas de VS desenvolvido por Habigzang et al. (2009) e adaptação deste modelo para meninos por Hohendorff et al. (*in press*). Estes módulos foram ministrados por profissionais de psicologia especialistas, estudantes de

mestrado e doutorado, membros do CEP-Rua, com experiência clínica no atendimento e na pesquisa clínica com crianças e adolescentes vítimas de VS. Os recursos didáticos utilizados foram: aulas expositivo-dialogadas; apresentações de vídeos; discussão de casos clínicos; e dramatizações (Habigzang et al., 2011).

A fim de potencializar o aprendizado do modelo de grupoterapia cognitivo-comportamental, os participantes receberam o livro “Intervenção psicológica para crianças e adolescentes vítimas de VS – Manual de capacitação profissional” (Habigzang & Koller, 2011), desenvolvido especificamente para a TSCP, uma vez que foi observado que os manuais auxiliam os profissionais na aplicação de TBE (Kendall & Beidas, 2007; WHO, 2006). Além deste, foram sugeridos materiais científicos que abordavam os temas relacionados aos conteúdos dos módulos teórico-práticos para estudo, visto que alguns profissionais apresentam dificuldades de integrar estes materiais a sua atuação profissional (Freitas & Habigzang, *in press*). Foram desenvolvidas as seguintes temáticas nos módulos:

Módulo I – Neste foi realizada a exposição e discussão das características do desenvolvimento infantil saudável, estilos parentais, e definição de maus-tratos contra crianças e adolescentes. A definição e categorias da VS contra crianças e adolescentes, assim como os índices epidemiológicos deste tipo de violência, foram trabalhadas com maior profundidade. Foram apresentadas as possíveis consequências da VS ao desenvolvimento da vítima, como alterações comportamentais, emocionais, cognitivas, físicas. Foram expostos os principais transtornos psicológicos associados à exposição a este tipo de violência. O filme “Canto de Cicatriz” (Chaffe, 2005) foi utilizado como dispositivo para discussão dos mitos relacionados à VS (Habigzang et al., 2011).

A dinâmica da VS, os fatores de risco e de proteção presentes na família e na rede de proteção às crianças e adolescentes foram aspectos discutidos. Além destes, foram expostas as características frequentemente identificadas entre as vítimas, os agressores e as famílias vitimizadas. A VS intrafamiliar foi enfatizada, uma vez que há indicadores que esta ocorre em maior proporção (Habigzang et al., 2005; Sanderson, 2005). Buscou-se também auxiliar os profissionais a identificarem qual o seu papel frente a casos de suspeita ou confirmação de VS, e quais ações devem ser desenvolvidas, tais como os encaminhamentos jurídicos, médicos e psicológicos. As discussões foram embasadas no Código de Ética em Psicologia e na Lei n. 8069/1990 que instituiu o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA; Brasil, 1990), que deliberou

sobre a obrigatoriedade da notificação dos casos de suspeita ou confirmação de qualquer tipo de violência contra crianças e adolescentes.

A fim de proporcionar a maior participação e reflexão dos profissionais, foi utilizado um caso clínico para que os participantes identificassem os fatores de risco e de proteção da atuação da rede, assim como os encaminhamentos jurídicos, médicos e psicológicos que deveriam ser realizados. Esta discussão objetivou que os participantes identificassem a rede de proteção existente em seus municípios e planejassem uma intervenção para o caso com base nesta (Habigzang et al., 2011).

Módulo II – Neste módulo foi buscado instrumentalizar os profissionais para avaliação das crianças e dos adolescentes vítimas de VS. Foi apresentado um modelo de avaliação composto por entrevistas e testes psicológicos. Inicialmente foram apresentados os protocolos de entrevista inicial utilizados com as crianças/adolescentes e com o(a) cuidador(a) não abusivo(a) e discutiu-se os cuidados éticos necessários para esse tipo de avaliação. Os testes psicológicos foram abordados, discutindo com os profissionais os objetivos e orientações sobre a aplicação, levantamento e interpretação de cada instrumento. Estes instrumentos de avaliação psicológica objetivam avaliar sintomas de estresse, ansiedade, depressão, transtorno de estresse pós-traumático e crenças disfuncionais relacionadas a este tipo de violência. Após a exposição teórica sobre os instrumentos, essas ferramentas foram treinadas por meio de dramatizações pelos profissionais, para facilitar e assegurar a compreensão e o entendimento da atividade pelos participantes. Além disso, os participantes receberam folhas de resposta dos instrumentos psicológicos preenchidas, para que realizassem o levantamento e a interpretação dos resultados (Habigzang et al., 2011). Outro aspecto abordado foi a escrita de pareceres após a avaliação dos casos.

Por fim, foram discutidos em profundidade os conceitos fundamentais da Terapia Cognitivo-Comportamental que fundamenta a intervenção grupal, pois, por vezes, os profissionais de psicologia desconhecem esta abordagem (Freitas & Habigzang, *in press*). Neste módulo também foram apresentados os objetivos gerais deste tratamento para crianças e adolescentes vítimas de VS, tanto na modalidade grupal, como individual (Habigzang et al., 2011).

Módulo III – Objetivou-se discutir os pressupostos específicos do modelo de grupoterapia cognitivo-comportamental e o caráter focal dessa intervenção (Anexo I). Foram trabalhados os aspectos relacionados à construção dos grupos terapêuticos, tais como: número de participantes por grupo; agrupamento de acordo com características biossociodemográficas (idade e gênero); necessidade de espaço físico adequado; necessidade de relatar a sessão, por escrito, após o término de cada encontro (Habigzang et al., 2011).

Este módulo tinha como objetivo apresentar o modelo de grupoterapia para vítimas de VS e treinar os profissionais para sua utilização. Este modelo constitui-se por 16 sessões com frequência semanal, totalizando quatro meses de duração. As sessões são divididas em três etapas, sendo a primeira ‘Psicoeducação’, constituída por seis encontros, a segunda ‘Treino de Inoculação do Estresse’, composta por quatro sessões, e a ‘Prevenção à Recaída’, que compreende as últimas seis sessões da intervenção (Habigzang, 2010). Os objetivos e características do tratamento desenvolvido na modalidade individual também foram discutidos neste módulo. A estrutura e a dinâmica de cada sessão foram expostas e treinadas por meio de dramatizações, como a simulação de grupos terapêuticos, com a aplicação das técnicas pelos participantes com assistência da equipe ministrante (Habigzang et al., 2011).

Módulo IV – Este módulo constituiu-se por cinco supervisões de grupo, realizadas com frequência mensal, com duração de duas horas cada. Estas supervisões foram desenvolvidas com o objetivo de auxiliar os profissionais capacitados no desenvolvimento da avaliação psicológica das vítimas, avaliação psicossocial dos cuidadores não abusivos, aplicação do modelo de grupoterapia para vítimas de VS, assim como dos atendimentos realizados no modelo individual. As supervisões foram coordenadas por profissionais com experiência na avaliação de vítimas de VS, no desenvolvimento do modelo de grupoterapia cognitivo-comportamental e no modelo individual (Habigzang et al., 2011).

Compreende-se que este módulo desenvolveu um papel crucial na formação dos profissionais à aplicação deste modelo de tratamento baseado em evidências, uma vez que possibilitou aos profissionais a discussão de dúvidas e desenvolvimento dos atendimentos com acompanhamento de profissionais com experiência na área (Freitas & Habigzang, *in press*). A realização destas supervisões durante desenvolvimento da

formação profissional é indicada como um fator relevante para os profissionais capacitados desenvolverem o tratamento de forma adequada, assim como para permanecerem utilizando TBE em sua prática profissional (Chambless & Hollon, 1998; Michaux, 2010).

CAPÍTULO III

RESULTADOS

Este estudo teve como objetivo avaliar a efetividade da TSCP-VS mediante efeitos indiretos e o impacto desta no trabalho dos participantes da capacitação. A avaliação mediante efeitos indiretos buscou investigar o impacto da TSCP-VS sobre os níveis de *burnout*, demanda, controle e apoio social dos participantes da capacitação. O impacto da TSCP-VS sobre o trabalho dos profissionais foi avaliado por meio dos níveis de impacto e de transferência de aprendizagem. Além disso, foi investigado as relações destes níveis com as dimensões de *burnout* e os níveis de demanda, de controle, e de apoio social.

Os resultados deste estudo serão apresentados em quatro tópicos. No primeiro tópico, “Avaliação dos índices de *burnout*, demanda, controle e apoio social”, foram apresentados os níveis de *burnout*, demanda, controle e apoio social dos participantes de G1 e G2, assim como as correlações entre estas dimensões. No segundo tópico, “Avaliação dos efeitos indiretos da TSCP-VS: *burnout*, demanda, controle e apoio social”, foram expostos os resultados referentes à avaliação de efetividade da TSCP-VS. Os índices de impacto e transferência de aprendizagem da TSCP-VS sobre o trabalho dos profissionais capacitados foram descritos no tópico “Avaliação do impacto e transferência de aprendizagem da TSCP-VS”. Por fim, a avaliação das relações entre os níveis de *burnout*, demanda, controle e apoio social com os índices de impacto foram apresentados no tópico “Relações entre os níveis de *burnout*, demanda, controle, apoio social com os índices de impacto e transferência de aprendizagem da TSCP-VS”.

Avaliação dos índices de *burnout*, demanda, controle e apoio social

Os escores de *burnout* foram avaliados por meio de estatísticas descritivas das dimensões de exaustão emocional, despersonalização e baixa realização profissional do *Maslach Burnout Inventory* (MBI). Os índices de consistência interna das dimensões do MBI em T1 foram: exaustão emocional ($\alpha = 0,87$); despersonalização ($\alpha = 0,52$); e baixa realização profissional ($\alpha = 0,78$). Em razão dos valores de *Alpha de Cronbach* serem influenciados pelo número de itens, utilizou-se a correção de *Spearman-Brown* para calcular o *alpha* corrigido das escalas. Ao ser aplicada esta correção, foram observados valores de consistência interna adequados: exaustão emocional ($\alpha = 0,93$); despersonalização ($\alpha = 0,68$); e baixa realização profissional ($\alpha = 0,87$).

Os índices de demanda, controle e apoio social foram avaliados por meio do *Job Content Questionnaire* (JCQ), os escores foram calculados por meio de estatísticas descritivas das dimensões e subdimensões deste instrumento. Os índices de consistência interna encontrados em T1 foram adequados: demanda psicológica ($\alpha = 0,72$); controle no trabalho ($\alpha = 0,66$); as subdimensões autoridade decisória ($\alpha = 0,47$) e uso de habilidades ($\alpha = 0,63$) que constituem a variável controle; apoio social ($\alpha = 0,84$). Os valores de consistência interna também foram calculados utilizando de *Spearman-Brown*. Os valores do *alpha* corrigido das escalas e subescalas foram satisfatórios: demanda psicológica: $\alpha = 0,83$; controle no trabalho ($\alpha = 0,79$ - autoridade decisória: $\alpha = 0,85$; uso de habilidades: $\alpha = 0,78$); apoio social: $\alpha = 0,91$.

Foram investigadas as correlações das dimensões de *burnout* nos três momentos de avaliação para G1 e G2 separadamente. As associações das variáveis controle (autoridade decisória e uso de habilidades), demanda e apoio social no trabalho também foram avaliadas para G1 e G2 nos três momentos. Além disso, foram investigadas as associações das dimensões de *burnout* (exaustão emocional, despersonalização e baixa realização profissional) com as características do trabalho dos participantes do estudo (controle - autoridade decisória e uso de habilidades, demanda, e apoio social) para os dois grupos nos três momentos de avaliação (Ver Tabela 2, Tabela 3, Tabela 4, Tabela 5, Tabela 6 e Tabela 7).

Tabela 2

Correlações dos Níveis de Burnout, Demanda, Controle e Apoio Social em T1 para G1

Variável	Pré-teste (T1)							
	1	2	3	4	5	6	7	8
<i>Burnout</i>								
1. Exaustão Emocional	-							
2. Despersonalização	0,49*	-						
3. Baixa Realização Profissional	0,66**	0,35	-					
<i>Características do Trabalho</i>								
4. Demanda	0,23	-0,12	0,24	-				
5. Controle	-0,66**	-0,33	-0,53**	-0,24	-			
6. Autoridade Decisória	-0,69**	-0,18	-0,57*	-0,17	0,85**	-		
7. Uso de Habilidades	-0,32	-0,33	-0,23	-0,21	0,73**	0,26	-	
8. Apoio Social	-0,26	-0,24	-0,22	-0,29	0,19	0,29	-0,13	-

Nota: * $p \leq 0,05$; ** $p \leq 0,001$.

Tabela 3

Correlações dos Níveis de Burnout, Demanda, Controle e Apoio Social em T2 para G1

Variável	Pós-teste 1 (T2)							
	1	2	3	4	5	6	7	8
<i>Burnout</i>								
1. Exaustão Emocional	-							
2. Despersonalização	0,35*	-						
3. Baixa Realização Profissional	0,76**	0,31	-					
<i>Características do Trabalho</i>								
4. Demanda	0,38*	0,11	0,35*	-				
5. Controle	-0,33	0,07	-0,41*	-0,18	-			
6. Autoridade Decisória	-0,40*	0,04	-0,43*	-0,33	0,87**	-		
7. Uso de Habilidades	-0,67	0,08	-0,18	0,11	0,81**	0,40*	-	
8. Apoio Social	-0,05	-0,07	-0,24	0,04	-0,40*	-0,30	-0,38*	-

Nota: * $p \leq 0,05$; ** $p \leq 0,001$.

Tabela 4

Correlações dos Níveis de Burnout, Demanda, Controle e Apoio Social em T3 para G1

Variável	Pós-teste 2 (T3)							
	1	2	3	4	5	6	7	8

<i>Burnout</i>									
1. Exaustão Emocional	-								
2. Despersonalização	0,12	-							
3. Baixa Realização Profissional	0,62*	0,46*	-						
<i>Características do Trabalho</i>									
4. Demanda	0,25	0,32	0,14	-					
5. Controle	-0,34	-0,01	-0,02	-0,26	-				
6. Autoridade Decisória	-0,26	-0,20	0,03	-0,24	0,61**	-			
7. Uso de Habilidades	-0,27	-0,14	-0,09	-0,14	0,87**	0,15	-		
8. Apoio Social	-0,26	-0,32	-0,10	-0,27	0,04	0,20	-0,06	-	

Nota: * $p \leq 0,05$; ** $p \leq 0,001$.

Tabela 5

Correlações dos Níveis de Burnout, Demanda, Controle e Apoio Social em T1 para G2

Variável	Pré-teste (T1)							
	1	2	3	4	5	6	7	8
<i>Burnout</i>								
1. Exaustão Emocional	-							
2. Despersonalização	0,46*	-						
3. Baixa Realização Profissional	0,42*	0,58**	-					
<i>Características do Trabalho</i>								
4. Demanda	0,60**	0,23	0,48*	-				

5. Controle	-0,45*	-0,59	-0,25	-0,14	-	-	-	-	-
6. Autoridade Decisória	-0,50*	-0,17	-0,11	-0,11	0,83**	-	-	-	-
7. Uso de Habilidades	-0,26	0,07	-0,31	-0,34	0,84**	0,39	-	-	-
8. Apoio Social	-0,62**	-0,48*	-0,35	-0,30	0,39	0,26	0,38	-	-

Nota: * $p \leq 0,05$; ** $p \leq 0,001$.

Tabela 6

Correlações dos Níveis de Burnout, Demanda, Controle e Apoio Social em T2 para G2

Variável	Pós-teste 1 (T2)							
	1	2	3	4	5	6	7	8
<i>Burnout</i>								
1. Exaustão Emocional	-							
2. Despersonalização	0,56**	-						
3. Baixa Realização Profissional	0,47*	0,57**	-					
<i>Características do Trabalho</i>								
4. Demanda	0,46*	0,23	0,27	-				
5. Controle	0,23	0,12	0,01	0,15	-			
6. Autoridade Decisória	0,21	0,08	0,01	0,21	0,02	-		
7. Uso de Habilidades	0,05	0,17	0,04	-0,33	0,98**	-0,18	-	
8. Apoio Social	-0,64**	-0,63*	-0,54**	-0,44*	-0,19	0,28	-0,24	-

Nota: * $p \leq 0,05$; ** $p \leq 0,001$.

Tabela 7

Correlações dos Níveis de Burnout, Demanda, Controle e Apoio Social em T3 para G2

Variável	Pós-teste 2 (T3)							
	1	2	3	4	5	6	7	8
<i>Burnout</i>								
1. Exaustão Emocional	-							
2. Despersonalização	0,62*	-						
3. Baixa Realização Profissional	0,47	,77**	-					
<i>Características do Trabalho</i>								
4. Demanda	0,23	0,14	-0,15	-				
5. Controle	-0,02	-0,16	-0,07	-0,01	-			
6. Autoridade Decisória	-0,10	-0,32	-0,20	-0,07	0,90**	-		
7. Uso de Habilidades	0,07	0,04	0,08	0,07	0,92**	-0,18	-	
8. Apoio Social	-0,23	-0,29	0,01	-0,04	0,20	0,20	0,12	-

Nota: * $p \leq 0,05$; ** $p \leq 0,001$.

Avaliação dos efeitos indiretos da TSCP-VS: *burnout*, demanda, controle e apoio social

A fim de avaliar os efeitos indiretos da TSCP-VS, foi inicialmente investigado se G1 e G2 poderiam ser considerados grupos homogêneos. Para isso as variáveis biossociodemográficas, os indicadores de *burnout* (exaustão emocional, despersonalização e baixa realização profissional), demanda, controle (autoridade decisória e uso de habilidades), e apoio social foram comparados. A homogeneidade destas características entre os grupos foram avaliadas por meio *Kolmogorov-Smirnov Z*, porque este se demonstra mais adequado em análises que envolvem amostras com menos de 25 participantes por grupo. Além disso, foram aplicados testes exatos de probabilidade (*Monte Carlo*) a fim de aumentar a precisão dos resultados (Field, 2005).

Em relação às variáveis biossociodemográficas, não foram observadas diferenças estatisticamente significativas em relação à idade ($Z = 0,77; p > 0,05$), ao estado civil ($Z = 0,31; p > 0,05$), à escolaridade ($Z = 0,77; p > 0,05$), ao tempo de trabalho na função ($Z = 0,26; p > 0,05$), à carga horária semanal ($Z = 0,77; p > 0,05$). Foram observadas diferenças significativas apenas na variável tempo de trabalho atual ($Z = 1,31; p < 0,05$).

Referente aos indicadores de *burnout*, os grupos também não apresentaram diferenças significativas nos índices de despersonalização ($Z = 0,50; p > 0,05$). Porém as diferenças entre os níveis de exaustão emocional ($Z = 2,27; p < 0,001$) e baixa realização profissional ($Z = 1,23; p < 0,05$) foram significativas, sendo que o G2 apresentou maiores índices nestas duas dimensões de *burnout*. Os índices de demanda psicológica ($Z = 1,27; p < 0,05$), controle ($Z = 1,50; p < 0,01$) e apoio social ($Z = 2,04; p < 0,001$) também apresentaram diferenças significativas. No que concerne à variável controle, esta se constitui pela soma das variáveis uso de habilidades ($Z = 0,93; p > 0,05$) e autoridade decisória ($Z = 1,00; p < 0,05$), sendo que as diferenças entre os grupos na variável autoridade decisória foram estatisticamente significativas. Foi observado que o G2 apresentou maiores índices de demanda e menores índices de controle, autoridade decisória e apoio social.

Com base no exposto, foi observado que G1 e G2 não poderiam ser considerados grupos homogêneos, pois apresentavam diferenças significativas nos índices de exaustão emocional, baixa realização profissional, demanda psicológica, controle, autoridade decisória, e apoio social. Devido a estas diferenças, o impacto indireto da TSCP-VS foi avaliado por meio de análises longitudinais de cada grupo.

Este procedimento possibilitou que a ausência de homogeneidade dos grupos no pré-teste (T1) não interferisse nas análises e interpretação dos dados.

O impacto indireto da TSCP-VS sobre o trabalho dos profissionais capacitados foi avaliado por meio dos efeitos desta sobre os níveis de *burnout* (exaustão emocional, despersonalização e baixa realização profissional), demanda, controle (autoridade decisória e uso de habilidades) e apoio social. Foram realizadas análises de medidas repetidas intragrupos, para verificar se estas dimensões apresentavam diferenças ao longo do tempo. Foram utilizados testes não paramétricos, pois os resultados dos testes de normalidade (*Kolmogorov-Smirnov* e *Shapiro-Wilk*) demonstraram que a maioria das variáveis não apresentava uma distribuição normal.

As diferenças intragrupos foram analisadas para cada grupo, por meio do teste *Wilcoxon Signed-Rank*, comparando os resultados entre o pré-teste (T1) e o pós-teste 1 (T2), o pós-teste 1 (T2) e o pós-teste 2 (T3), e o pré-teste (T1) e o pós-teste 2 (T3). Na interpretação dos resultados, não foi utilizado nenhum ponto de corte. Compreendeu-se que quanto maiores os níveis das dimensões exaustão emocional, despersonalização e baixa realização profissional apresentados, maiores os índices de *burnout* (Lautert, 1995). Em relação às características de trabalho, os maiores índices de demanda, menores índices de controle sobre o trabalho, autoridade decisória, uso de habilidades e apoio social indicavam condições de trabalho mais negativas (Schaufeli, Taris, & van Rhenen, 2008).

Referente aos níveis de *burnout* (exaustão emocional, despersonalização e baixa realização profissional) do G1 foi observado que os índices de exaustão emocional, despersonalização e baixa realização profissional mantiveram-se estáveis de T1 para T2 (Ver Tabela 8). Diferentemente, de T2 para T3 os índices de exaustão emocional ($r = -0,27$, tamanho de efeito pequeno) e baixa realização profissional ($r = -0,31$, tamanho de efeito pequeno) aumentaram, enquanto os níveis de despersonalização mantiveram-se estáveis (Ver Tabela 8). Ao analisar as diferenças nas dimensões de *burnout* de T1 a T3, pode-se observar que os níveis de exaustão emocional ($r = -0,32$, tamanho de efeito pequeno) e baixa realização profissional ($r = -0,26$, tamanho de efeito pequeno) aumentaram, enquanto os índices de despersonalização mantiveram-se estáveis (Ver Tabela 8).

Ao investigar as diferenças nos níveis de demanda, controle, autoridade decisória, uso de habilidades e apoio social do G1, foi encontrado que estes níveis

mantiveram-se estáveis de T1 para T2 (Ver Tabela 8), T2 para T3 (Ver Tabela 8) e de T1 a T3 (Ver Tabela 8).

Tabela 8

Análise Longitudinal das Dimensões de Burnout (MBI) e das Dimensões Demanda, Controle, Autoridade Decisória, Uso de Habilidades e Apoio Social (JCQ) do G1 em T1, T2 e T3

	Aplicação dos Instrumentos			Wilcoxon Signed-Rank		
	T1	T2	T3	T1 x T2	T2 x T3	T1 x T3
	<i>M (DP)</i>	<i>M (DP)</i>	<i>M (DP)</i>	<i>W</i>	<i>W</i>	<i>W</i>
<i>Burnout</i>						
Exaustão Emocional	1,98 (0,51)	2,06 (0,47)	2,18 (0,48)	-1,09	-2,11*	-2,47*
Despersonalização	1,47 (0,46)	1,39 (0,36)	1,43 (0,33)	-0,55	-0,10	-0,10
Baixa Realização Profissional	1,80 (0,42)	1,78 (0,37)	1,88 (0,36)	-0,05	-2,37*	-2,03*
Características do Trabalho						
Demanda	30,4 (4,88)	31,5 (4,61)	32,0 (4,72)	-1,55	-0,41	-1,31
Controle	77,7 (7,04)	75,7 (7,51)	77,9 (15,22)	-1,40	-0,53	-0,43
Autoridade Decisória	37,6 (4,96)	36,6 (4,85)	36,1 (7,44)	-0,98	-0,61	-1,04
Uso de Habilidades	40,1 (3,85)	39,0 (4,06)	41,7 (12,22)	-1,25	-1,53	-1,15
Apoio Social	28,6 (6,96)	29,2 (9,47)	30,7 (10,75)	-0,94	-0,36	-0,19

Nota: * $p \leq 0,05$.

Em relação ao G2, foi observado que os níveis de *burnout* (exaustão emocional, despersonalização e baixa realização profissional) mantiveram-se estáveis de T1 para T2 (Ver Tabela 8) e de T2 para T3 (Ver Tabela 9). Diferentemente, pode-se observar que de T1 para T3 os níveis de despersonalização ($r = -0,30$, tamanho de efeito pequeno) e baixa realização profissional ($r = -0,50$, tamanho de efeito alto) aumentaram, enquanto os índices de exaustão emocional mantiveram-se estáveis (Ver Tabela 9).

As análises das diferenças intragrupos do G2 demonstraram que os níveis de demanda, controle, autoridade decisória, uso de habilidades e apoio social mantiveram-se estáveis de T1 para T2 (Ver Tabela 9). Ao avaliar estas diferenças de T2 para T3, foi observado que os índices de demanda, uso de habilidades e apoio social também se mantiveram estáveis. Já os níveis de controle ($r = -0,58$, tamanho de efeito alto) e autoridade decisória ($r = -0,63$, tamanho de efeito alto) apresentaram uma redução significativa (Ver Tabela 9). Enquanto de T1 para T3 os índices de demanda, controle, autoridade decisória, uso de habilidades e apoio social permaneceram estáveis de T1 para T3 (Ver Tabela 9).

Tabela 9

Análise Longitudinal das Dimensões de Burnout (MBI) e das Dimensões Demanda, Controle, Autoridade Decisória, Uso de Habilidades e Apoio Social (JCQ) do G2 em T1, T2 e T3

	Aplicação dos Instrumentos			Wilcoxon Signed-Rank		
	T1	T2	T3	T1 x T2	T2 x T3	T1 x T3
	<i>M (DP)</i>	<i>M (DP)</i>	<i>M (DP)</i>	<i>W</i>	<i>W</i>	<i>W</i>
<i>Burnout</i>						
Exaustão Emocional	2,61 (0,51)	2,59 (0,57)	2,83 (0,34)	-0,32	-1,13	-1,51
Despersonalização	1,57 (0,52)	1,76 (0,68)	2,32 (0,86)	-1,08	-1,11	-2,56*
Baixa Realização Profissional	2,02 (0,34)	2,04 (0,48)	2,58 (0,61)	-0,24	-1,41	-2,49*
<i>Características do Trabalho</i>						
Demanda	34,0 (7,44)	38,8 (6,31)	31,4 (15,95)	-0,30	-0,82	-0,36
Controle	75,9 (7,55)	78,1 (16,73)	70,0 (11,72)	-1,37	-2,04*	-0,90
Autoridade Decisória	34,7 (4,52)	36,3 (3,52)	32,7 (6,79)	-1,76	-2,20*	-1,29
Uso de Habilidades	38,3 (4,54)	41,7 (16,99)	37,3 (6,05)	-0,31	-1,37	-0,63
Apoio Social	21,5 (4,11)	21,3 (4,17)	22,7 (7,77)	-0,15	-0,24	-0,90

Nota: * $p \leq 0,05$.

Por fim, com base nas categorias de trabalho propostas por Karasek et al. (1981), investigou-se qual condição de trabalho o profissional vivenciava ao participar do estudo. Segundo estes autores, a interação das variáveis demanda e controle pode resultar em quatro condições de trabalho, classificadas como trabalho de alto desgaste (alta demanda e baixo controle), trabalho ativo (alta demanda e alto controle), trabalho passivo (baixa demanda e baixo controle), e trabalho de baixo desgaste (baixa demanda e alto controle; Karasek et al., 1981).

O critério utilizado para dicotomizar a variável demanda entre alto e baixo foi a mediana desta (Karasek, 1985), calculado para cada momento da avaliação. Os mesmos procedimentos foram utilizados para classificar os níveis de controle em alto e baixo. Desta forma, no pré-teste (T1) participantes com escores acima de 31 foram inseridos no grupo “alta demanda”, aqueles com pontuação abaixo deste valor foram incluídos no grupo “baixa demanda”. Em relação à variável controle, os participantes com escores acima de 74 pertenciam ao grupo “alto controle”, os que possuíam escores abaixo deste valor foram classificados como “baixo controle”. No pós-teste 1 (T2) a mediana para demanda foi 33, os participantes com pontuação acima deste valor foram incluídos no grupo “alta demanda”, aqueles com escores menores que a mediana foram classificados no grupo “baixa demanda”. Para a variável controle, os participantes com pontuação acima da mediana 76 pertenciam ao grupo “alto controle”, enquanto os com escores abaixo deste valor foram incluídos no grupo “baixo controle”. Por fim, no pós-teste 2 (T3) a mediana para demanda foi 33, os participantes com pontuação acima deste valor foram inseridos no grupo “alta demanda”, aqueles com escores abaixo da mediana foram incluídos no grupo “baixa demanda”. A mediana da variável controle foi 74, os participantes com escores acima deste valor foram inseridos no grupo “alto controle”, enquanto os com pontuação abaixo pertenceram ao grupo “baixo controle” (Ver tabela 10). Em razão do baixo número de participantes distribuídos por célula, não foram realizados testes de associação para comparar as diferenças das categorias intra e entre grupos.

Tabela 10

Categorias de Trabalho do G1 e G2 em T1, T2 e T3

		Aplicação dos Instrumentos		
		Pré-teste (T1)	Pós-teste 1 (T2)	Pós-teste 2 (T3)
Categoria de trabalho	Grupo	<i>n</i> (%)	<i>n</i> (%)	<i>n</i> (%)
		Alto desgaste	G1	6 (18,8)
G2	10 (41,7)		7 (29,2)	6 (50)
Ativo	G1	7 (21,9)	5 (16,1)	6 (20,7)
	G2	4 (16,7)	6 (25)	3 (25)
Passivo	G1	5 (15,6)	13 (41,9)	3 (10,3)
	G2	8 (33,3)	6 (25)	2 (16,7)
Baixo desgaste	G1	14 (43,8)	7 (22,6)	12 (41,4)
	G2	2 (8,3)	5 (20,8)	1 (8,3)

Os resultados apresentados sugerem que a TSCP-VS não foi efetiva em promover a redução dos níveis de *burnout* (hipótese 1), demanda, controle e apoio social (hipótese 2) do G1. Diferentemente do proposto neste estudo, os participantes de G1 apresentaram um aumento nos níveis de exaustão emocional e baixa realização profissional de T2 para T3, assim com de T1 a T3. Em relação ao G2, a compreensão de que trabalho com vítimas de VS pode constituir-se como um risco psicossocial aos profissionais foi parcialmente corroborada. Isto pode ser observado no aumento dos índices de despersonalização e baixa realização profissional do *burnout* de T1 a T3 (hipótese 3) e a redução dos níveis de controle e de sua subdimensão autoridade decisória de T2 a T3 (hipótese 4).

Avaliação do impacto e transferência de aprendizagem da TSCP-VS

Objetivou-se investigar os níveis de impacto e transferência de aprendizagem da TSCP-VS sobre o trabalho dos participantes. O impacto foi avaliado por meio dos efeitos desta sobre o desempenho global, as atitudes e motivação dos participantes (Lacerda & Abbad, 2003; Pilati & Abbad, 2005). A transferência de aprendizagem, por sua vez, foi mensurada por meio de indicadores de que o conhecimento, habilidades e técnicas adquiridas durante a TSCP-VS estavam sendo aplicados no contexto do trabalho (Baldwin & Ford, 1988; Cheng & Ho, 2001).

Os índices de impacto foram acessados por meio da Escala de Impacto de Treinamento no Trabalho (EIT), a qual apresentou índice de consistência interna adequado na amostra estudada ($\alpha = 0,85$). O valor de consistência interna calculado utilizando correção de *Spearman-Brown* também foi satisfatório ($\alpha = 0,91$).

Na EIT os índices de impacto podem variar de um a cinco pontos, de forma que quanto maior a pontuação, maior o nível percebido de impacto (Pilati & Abbad, 2005). A média dos profissionais que participaram da capacitação (G1) em T2 foi de 4,40 ($MD = 4,50$; $DP = 0,49$). Em T3, pode-se observar que os escores mantiveram-se altos ($M = 4,34$; $MD = 4,50$; $DP = 0,58$). Estes resultados sugerem que a TSCP-VS produziu um impacto significativo sobre o trabalho dos profissionais de psicologia.

Os níveis de transferência de aprendizagem foram avaliados pela Escala de Transferência de Aprendizagem (ETA), a qual apresentou um índice de consistência interna satisfatório ($\alpha = 0,81$). O valor de consistência interna também foi adequado quando calculado com a correção de *Spearman-Brown* ($\alpha = 0,96$). Os índices desta escala poderiam variar de um a cinco, não sendo utilizado ponto de corte, uma vez que quanto maior o escore do participante, maiores os níveis de transferência de aprendizagem. A média dos índices de transferência de aprendizagem dos participantes da capacitação (G1) foram altos em T2 ($M = 4,42$; $MD = 4,09$; $DP = 0,36$) e em T3 ($M = 4,11$; $MD = 4,00$; $DP = 0,53$), indicando que os conteúdos, técnicas e habilidades trabalhados foram generalizados ao contexto laboral (Baldwin & Ford, 1988; Cheng & Ho, 2001; Garavaglia, 1995).

Relações entre os níveis de *burnout*, demanda, controle, apoio social com os índices de impacto e transferência de aprendizagem da TSCP-VS

Com o objetivo de avaliar se os níveis de impacto e transferência de aprendizagem dos participantes do G1 estavam relacionados aos índices de *burnout* (exaustão emocional, despersonalização e baixa realização profissional), demanda, controle e apoio social comparou-se os grupos com níveis altos e baixos nestas dimensões. As referidas dimensões foram dicotomizadas em alto e baixo, utilizando como critério a mediana do pré-teste (T1). Optou-se por utilizar o teste *Kolmogorov-Smirnov Z*, em razão das variáveis não terem demonstrado normalidade em suas distribuições e pelo número de participantes por grupo (Field, 2005).

Referente aos índices de *burnout*, os participantes com escores em exaustão emocional acima de 2,06 foram inseridos no grupo “altos níveis de exaustão emocional”, aqueles com pontuação abaixo deste valor foram incluídos no grupo “baixos níveis de exaustão emocional”. A mediana para os níveis de despersonalização foi 1,40, participantes com índices acima deste valor foram inseridos no grupo “altos níveis de despersonalização”, aqueles com pontuação abaixo deste valor foram incluídos no grupo “baixos níveis de despersonalização”. Para a dimensão baixa realização profissional, os participantes com pontuação acima da mediana 1,81 pertenciam ao grupo “altos níveis de baixa realização profissional”, enquanto os com escores abaixo deste valor foram incluídos no grupo “baixos níveis de baixa realização profissional” (Ver Tabela 11). Os grupos alto e baixo das três dimensões de *burnout* não apresentaram diferenças significativas em relação aos níveis de impacto e transferência de aprendizagem, tanto em T2, como em T3 (Ver Tabela 12 e Tabela 13).

Tabela 11

Grupos Alto e Baixo nas Dimensões de Burnout em T2 e T3

Variável	Grupo	Aplicação dos Instrumentos	
		Pós-teste 1 (T2)	Pós-teste 2 (T3)
		<i>n</i> (%)	<i>n</i> (%)
Exaustão Emocional	Alto	16 (50)	13 (45)
	Baixo	16 (50)	16 (55)
Despersonalização	Alto	16 (50)	14 (46)
	Baixo	16 (50)	15 (54)
Baixa Realização Profissional	Alto	16 (50)	13 (45)
	Baixo	16 (50)	16 (55)

Tabela 12

Diferenças dos Níveis de Impacto em T2 e T3 nos Grupos Altos e Baixos nas Dimensões de Burnout

Variável	Grupo	Aplicação dos Instrumentos			
		<u>Impacto (T2)</u>	<i>Kolmogorov-Smirnov</i>	<u>Impacto (T3)</u>	<i>Kolmogorov-Smirnov</i>
		<i>M (DP)</i>		<i>M (DP)</i>	
		<i>Z</i>		<i>Z</i>	
Exaustão Emocional	Alto	4,34 (0,50)	0,53	4,29 (0,49)	0,94
	Baixo	4,46 (0,49)		4,38 (0,66)	
Despersonalização	Alto	4,34 (0,50)	0,53	4,33 (0,44)	0,64
	Baixo	4,46 (0,49)		4,34 (0,70)	
Baixa Realização Profissional	Alto	4,37 (0,50)	0,35	4,33 (0,52)	0,73
	Baixo	4,43 (0,49)		4,34 (0,64)	

Nota: * $p < 0,05$.

Tabela 13

Diferenças dos Níveis de Transferência de Aprendizagem em T2 e T3 nos Grupos Altos e Baixos nas Dimensões de Burnout

Variável	Grupo	Aplicação dos Instrumentos			
		T. de Aprendizagem		T. de Aprendizagem	
		(T2) <i>M (DP)</i>	<i>Kolmogorov-Smirnov</i> <i>Z</i>	(T3) <i>M (DP)</i>	<i>Kolmogorov-Smirnov</i> <i>Z</i>
Exaustão Emocional	Alto	4,14 (0,39)	0,88	4,70 (0,49)	0,57
	Baixo	4,30 (0,33)		4,14 (0,57)	
Despersonalização	Alto	4,15 (0,36)	0,53	4,06 (0,47)	0,72
	Baixo	4,29 (0,37)		4,15 (0,58)	
Baixa Realização	Alto	4,14 (0,39)	0,88	4,14 (0,51)	0,60
	Baixo	4,29 (0,34)		4,07 (0,55)	

Nota: * $p < 0,05$.

Em relação à variável demanda, os participantes com escores acima de 31,00 pertenciam ao grupo “altos níveis de demanda”, os que possuíam escores abaixo deste valor foram classificados como “baixos níveis de demanda”. A mediana para a variável controle foi 78,00, os participantes com pontuação acima deste valor foram incluídos no grupo “altos níveis de controle”, aqueles com escores menores que a mediana foram classificados no grupo “baixos níveis de controle”. O valor da mediana da variável apoio social foi 26,50, os participantes com pontuação acima deste valor pertenciam ao grupo “altos níveis de apoio social”, enquanto os com escores abaixo deste foram incluídos no grupo “baixos níveis de apoio social” (Ver Tabela 14). Nestas análises, também não foram encontradas diferenças significativas nos níveis de impacto e transferência de aprendizagem nos dois momentos de avaliação (T2 e T3) entre os grupos alto e baixo das dimensões demanda, controle e apoio social (Ver Tabela 15 e Tabela 16).

Tabela 14

Grupos Alto e Baixo Segundo os Níveis de Demanda, Controle e Apoio Social em T2 e T3

Variável	Grupo	Aplicação dos Instrumentos	
		Pós-teste 1 (T2)	Pós-teste 2 (T3)
		<i>n</i> (%)	<i>n</i> (%)
Demanda	Alto	16 (50)	13 (45)
	Baixo	16 (50)	16 (55)
Controle	Alto	16 (50)	13 (45)
	Baixo	16 (50)	16 (55)
Apoio Social	Alto	16 (50)	15 (54)
	Baixo	16 (50)	14 (46)

Tabela 15

Diferenças dos Níveis de Impacto em T2 e T3 nos Grupos Altos e Baixos nas Variáveis Demanda, Controle e Apoio Social

Variável	Grupo	Aplicação dos Instrumentos			
		Impacto (T2) <i>M (DP)</i>	<i>Kolmogorov-Smirnov</i> <i>Z</i>	Impacto (T3) <i>M (DP)</i>	<i>Kolmogorov-Smirnov</i> <i>Z</i>
Demanda	Alto	4,44 (0,47)	0,42	4,35 (0,54)	0,70
	Baixo	4,37 (0,51)		4,33 (0,63)	
Controle	Alto	4,49 (0,55)	0,87	4,42 (0,68)	0,93
	Baixo	4,33 (0,44)		4,27 (0,50)	
Apoio Social	Alto	4,39 (0,47)	0,53	4,34 (0,70)	0,63
	Baixo	4,41 (0,52)		4,34 (0,43)	

Nota: * $p < 0,05$.

Tabela 16

Diferenças dos Níveis de Transferência de Aprendizagem em T2 e T3 nos Grupos Altos e Baixos nas Dimensões de Burnout

		Aplicação dos Instrumentos			
		T. de Aprendizagem	<i>Kolmogoro</i> <i>v-Smirnov</i>	T. de Aprendizagem	<i>Kolmogorov-</i> <i>Smirnov Z</i>
Variável	Grupo	$\frac{(T2)}{M(DP)}$	<i>Z</i>	$\frac{(T3)}{M(DP)}$	
Demanda	Alto	4,26 (0,40)	0,58	4,14 (0,49)	0,55
	Baixo	4,19 (0,34)		4,08 (0,56)	
Controle	Alto	4,29 (0,35)	0,51	4,26 (0,61)	1,35
	Baixo	4,16 (0,38)		3,98 (0,42)	
Apoio	Alto	4,24 (0,34)	0,53	4,13 (0,55)	0,65
	Baixo	4,19 (0,40)		4,08 (0,52)	
Social					

Nota: * $p < 0,05$.

Além destas análises, foram investigadas as associações entre os níveis de *burnout* (exaustão emocional, despersonalização e baixa realização profissional), demanda, controle e apoio social em T1 com os índices de impacto e transferência de aprendizagem em T2 e T3 dos participantes da TSCP-VS (G1). Não foram encontradas correlações significativas entre os índices de transferência de aprendizagem e de impacto com os indicadores relacionados ao trabalho dos profissionais avaliados (Ver Tabela 18).

Tabela 18

Correlações dos Níveis de Transferência de Aprendizagem em T2 e T3 com os Índices de Burnout, Demanda, Controle e Apoio Social em T1

	Impacto (T2)	Impacto (T3)	T. Aprendizagem (T2)	T. Aprendizagem (T3)
<i>Burnout (T1)</i>				
Exaustão Emocional	-0,09	-0,02	-0,26	-0,08
Despersonalização	-0,23	-0,05	-0,42	-0,19
Baixa Realização Profissional	-0,06	0,17	-0,25	-0,21
<i>Características do trabalho (T1)</i>				
Demanda	-0,04	-0,10	-0,20	-0,09
Controle	0,05	0,03	0,19	0,24
Apoio Social	0,09	0,03	0,14	0,16

Nota: * $p < 0,05$.

Os resultados apresentados demonstraram a ausência de diferenças significativas entre os níveis de impacto e transferência de aprendizagem em T2 e T3 nos grupos alto e baixo em todas as dimensões (exaustão emocional, despersonalização, baixa realização profissional, demanda, controle e apoio social). Foi observado também a ausência de correlações entre estas variáveis. Estes achados sugerem, que na amostra estudada, os níveis de impacto e transferência de aprendizagem não estavam relacionados aos índices de *burnout*, demanda, controle e apoio social avaliados em T1.

CAPÍTULO IV

DISCUSSÃO

Este estudo objetivou avaliar a efetividade da TSCP-VS desenvolvida para capacitar os profissionais de psicologia que atendem crianças e adolescentes vítimas de VS. Para isso, foram investigados os efeitos indiretos desta no trabalho dos profissionais capacitados e os níveis de impacto e transferência de aprendizagem. Neste capítulo são discutidos os principais resultados do estudo.

Avaliação dos índices de *burnout*, demanda, controle e apoio social

A fim de analisar as características da população estudada, foram investigadas as associações entre as dimensões de *burnout*. Foi observado que as dimensões exaustão emocional, baixa realização profissional e despersonalização apresentaram correlações positivas nos diferentes momentos de avaliação, tanto para o G1 como para o G2. As associações observadas entre as dimensões de *burnout* apoiam a compreensão de que esta síndrome caracteriza-se como um processo desenvolvido pelos profissionais como uma resposta as situações estressantes enfrentadas no contexto laboral (Carlotto, 2011; Gil-Monte, 2005).

Referente às características de trabalho dos profissionais de psicologia, foi observado que para G1 e G2 os níveis de controle estiveram positivamente associados as suas subdimensões controle e uso de habilidade, também foi demonstrado que estas subdimensões estavam relacionadas. Estes resultados estão em consonância com o entendimento de que as variáveis avaliadas constituem-se como recursos que auxiliam os profissionais a gerenciarem as situações estressantes vivenciadas no contexto laboral e lidarem com as demandas de seu trabalho (Demerouti & Bakker, 2011; Demerouti et al., 2001; Karasek, 1979).

A ausência de correlações da variável demanda com as outras características do trabalho avaliadas (controle, autoridade decisória, uso de habilidades e apoio social) pode ser interpretada como uma particularidade da amostra estudada. Esta ausência de associações entre os índices de demanda e os níveis de controle, autoridade decisória, uso de habilidades e apoio social também pode ser um indicador que as variáveis avaliadas poderiam não ser predominantemente utilizadas como recursos para os profissionais gerenciarem a sua demanda de trabalho. Esta compreensão tem como base as evidências de estudos com outras populações (professores, Bakker et al., 2007;

professores, enfermeiros, funcionários do setor de produção de uma indústria farmacêutica, controladores de tráfico aéreo, Demerouti et al., 2001; enfermeiros, Xanthopoulou et al., 2007) que indicam que os níveis de demanda apresentam uma relação negativa com as variáveis controle, autoridade decisória, uso de habilidades e apoio social.

Considerando que as características do trabalho (demanda, controle e apoio social) podem estar relacionadas ao desenvolvimento do *burnout* (Demerouti et al., 2001; Fernet et al., 2004; Lee & Ashforth, 1996; Xanthopoulou et al., 2007), foram investigadas as relações destas variáveis na população estudada. Foi observado que os níveis de exaustão emocional e baixa realização profissional estavam associados de forma positiva aos níveis de demanda, e negativa aos índices de controle, autoridade decisória e apoio social. A dimensão de despersonalização relacionou-se de forma negativa aos índices de apoio social. As associações observadas entre as variáveis são semelhantes às demonstradas em estudos investigando outras classes profissionais (professores, enfermeiros, funcionários do setor de produção de uma indústria farmacêutica, controladores de tráfico aéreo, Demerouti et al., 2001; professores, Fernet et al., 2004; enfermeiros, Xanthopoulou et al., 2007).

As relações positivas observadas entre os níveis de exaustão emocional, baixa realização profissional e demanda, evidenciam que a demanda pode ter um impacto negativo na relação dos profissionais com o seu trabalho, de modo a contribuir no desenvolvimento do *burnout* (Demerouti et al., 2001; Fernet et al., 2004; Xanthopoulou et al., 2007). Já a associação negativa entre as dimensões de exaustão emocional e baixa realização profissional com os níveis de controle, autoridade decisória e apoio social indicam que estas características do trabalho podem constituir-se como fatores protetivos ao desenvolvimento do *burnout*, como observado em outros estudos (Demerouti et al., 2001; Fernet et al., 2004; Xanthopoulou et al., 2007).

Referente aos níveis de despersonalização, a relação negativa desta dimensão com os níveis de apoio social sugere que entre os participantes do estudo os níveis de apoio social podem constituir-se como recursos que auxiliam os profissionais a lidarem com suas demandas de trabalho (Demerouti et al., 2001; Xanthopoulou et al., 2007). Este entendimento resultaria do papel desenvolvido pelo apoio social no trabalho, de modo que a presença deste contribuiria para que os profissionais não utilizassem o

afastamento emocional, característico da despersonalização, como uma forma para enfrentar as demandas de trabalho.

Com base no exposto, pode ser observado que as relações entre as características de trabalho (demanda, controle, autoridade decisória, uso de habilidades e apoio social) e as dimensões de *burnout* na população estudada são semelhantes às encontradas em outros estudos (Demerouti et al., 2001; Fernet et al., 2004; Lee & Ashforth, 1996; Xanthopoulou et al., 2007). Além disso, estes achados demonstram a importância destas variáveis serem avaliadas conjuntamente, assim como sugerem o potencial destas serem utilizadas como indicadores em estudos de avaliação da efetividade de Tecnologias Sociais de Capacitação Profissional.

Avaliação dos efeitos indiretos da TSCP-VS: *burnout*, demanda, controle e apoio social

A avaliação de efetividade da TSCP-VS mediante efeitos indiretos objetivou investigar se o impacto da capacitação promoveria a redução dos níveis de *burnout* (hipótese 1), redução dos índices de demanda e aumento dos níveis de controle, autoridade decisória, uso de habilidades e apoio social (hipótese 2) do G1 (participantes da TSCP-VS). Os efeitos da TSCP-VS sobre a relação dos profissionais com o seu trabalho foi diferente do esperado, sendo observado um aumento nos índices de exaustão emocional e baixa realização de T2 a T3, assim como de T1 a T3. Foi demonstrado, também, que os índices de despersonalização, demanda, controle, autoridade decisória, uso de habilidades e apoio social do G1 mantiveram-se estáveis ao longo do tempo.

Além destas hipóteses, esperava-se que ao final das avaliações (T3) os profissionais do G2 (não participantes da TSCP-VS) apresentassem um aumento nos níveis de *burnout* (hipótese 3) e demanda, acompanhados de uma redução dos índices de controle, autoridade decisória, uso de habilidades e apoio social (hipótese 4), como resultado da exposição às condições de trabalho estressantes relacionadas à VS. Estas hipóteses foram parcialmente corroboradas, sendo observado um aumento significativo nos níveis de despersonalização e baixa realização profissional de G2 de T1 a T3, assim como a redução dos índices de controle e autoridade decisória de T2 a T3. As outras variáveis avaliadas (exaustão emocional, demanda, uso de habilidades e apoio social) mantiveram-se estáveis ao longo do tempo.

Referente ao impacto da TSCP-VS sobre o trabalho do G1 (participantes da TSCP-VS), o aumento dos índices de exaustão emocional e baixa realização profissional observados de T2 a T3 e de T1 a T3 em G1 podem ser explicadas por diferentes causas. Entre estas, identificam-se como possíveis explicações: 1) aumento dos níveis de demanda e agravamento das condições estressantes de trabalho nos municípios dos profissionais participantes da TSCP-VS; 2) ausência de qualificação profissional para trabalhar com vítimas de VS; 3) dificuldades de utilizar tratamentos baseados em evidências; e 4) impossibilidade de aplicar o modelo de grupoterapia cognitivo-comportamental.

Sugere-se que o aumento nos níveis de exaustão emocional e baixa realização profissional do G1 podem ser considerados como consequências de um possível aumento dos níveis de demanda e agravamento das condições estressantes de trabalho nos seus municípios. Desta forma, compreende-se que o aumento nos índices de exaustão emocional e baixa realização profissional seriam decorrentes de mudanças no trabalho dos profissionais, tais como o aumento das demandas de trabalho, mudanças na organização, dificuldades de relacionamento com os colegas e outros. Segundo este entendimento, estas mudanças no trabalho dos profissionais não estariam relacionadas à TSCP-VS, de modo que o aumento dos índices de exaustão emocional e baixa realização profissional não se constituiriam como indicadores do impacto da TSCP-VS.

Apesar disso, compreende-se que o aumento dos níveis de exaustão emocional e baixa realização profissional do G1 podem resultar de fatores relacionados à TSCP-VS, tais como a ausência de formação para trabalhar com vítimas de VS e dificuldades dos profissionais utilizarem os TBE. Esta explicação tem como base a compreensão de que a inabilidade técnica para manejar as demandas de trabalho complexas pode expor os profissionais a altos níveis de estresse e a percepção que não possui controle sobre o trabalho que desenvolve (Coles et al., 2013; Ferreira & Assmar, 2008). Estes sentimentos podem promover o aumento dos níveis de exaustão emocional e baixa realização profissional vivenciados pelos profissionais (Maslach et al., 2001).

A ausência de qualificação profissional foi uma dificuldade enfrentada pelos profissionais para aplicarem os conteúdos e técnicas aprendidos durante a TSCP-VS, tais como a identificação de casos de suspeita de VS, o desenvolvimento de avaliação psicológica das vítimas segundo os protocolos de entrevista, e a realização de atendimentos segundo o modelo de grupoterapia cognitivo-comportamental. Estas

lacunas na formação dos profissionais de psicologia não são exclusivas aos participantes da TSCP-VS, tendo em vista que um terço dos profissionais de psicologia que trabalham com vítimas de VS afirmaram não se perceberem capazes de atenderem as demandas relacionadas ao atendimento destas vítimas (CFP, 2009).

Além de investigar os resultados levantados por meio dos instrumentos de avaliação, foram analisadas qualitativamente as falas dos participantes e supervisores, as quais foram colhidas de modo informal durante o desenvolvimento da TSCP-VS. Com base nestes relatos dos participantes da TSCP-VS, foi observado que ausência de recursos técnicos constituiu-se como um obstáculo para os profissionais atenderem as demandas relacionadas à VS. Ao longo da TSCP-VS os profissionais citavam perceber lacunas em sua formação, tais como o desconhecimento sobre a definição de maus-tratos contra crianças e adolescentes, fatores de risco e proteção relacionados aos casos de VS, e a dinâmica da VS. Outras lacunas foram observadas pelos instrutores, como o relato dos profissionais desconhecerem os instrumentos psicológicos utilizados na avaliação das vítimas, as intervenções terapêuticas na modalidade grupal e fundamentos da teoria cognitivo-comportamental.

Estas lacunas na formação técnica dos profissionais explicitam as limitações vivenciadas nos centros universitários, os quais, por vezes, reduzem a diversidade teórica da psicologia à apresentação de teorias fragmentadas e descontextualizadas da atuação do profissional (Dimenstein, 2003; Freitas & Habigzang, *in press*; Gomes, 1996; Penso et al., 2008). Em razão disso, os profissionais podem ter dificuldades em utilizar tratamentos ou estratégias de intervenções desenvolvidas no contexto acadêmico como ferramentas para melhorar sua atuação profissional, assim como dificuldades em buscar conhecimento sobre referenciais teóricos diferentes daqueles aprendidos durante a sua graduação (Freitas & Habigzang, *in press*; Gomes, 1996; Souza et al., 2012).

Associada as lacunas na formação dos profissionais, foram identificadas as dificuldades relacionadas à aplicação de TBE. Entre estas, cita-se a ausência de formação adequada, o desconhecimento do tema, e a sobrecarga de trabalho (Freitas & Habigzang, *in press*; Gomes et al., 2002; Luna et al., 2010; Souza et al., 2012).

Os TBE podem ser considerados superiores aos tratamentos que não apresentam evidências de efetividade (Chambless & Ollendick, 2001; Weisz & Jesen-Doss, 1999). A ausência de formação adequada para utilizar o TBE limita as possibilidades de atuação dos profissionais de psicologia, assim como pode prejudicar a efetividade das

intervenções que eles desenvolvem (Chambless & Ollendick, 2001). Apesar disso, em diversos cursos de psicologia os TBE não são apresentados como estratégias de intervenção a serem utilizadas na atuação do profissional de psicologia (Souza et al., 2012).

Foi identificado que, devido à ausência de qualificação profissional para utilizar os TBE, os profissionais apresentavam dificuldades em compreender como o desenvolvimento de um tratamento estruturado poderia auxiliar na melhora do paciente. Isto pode ser observado na afirmação de uma participante quando foi discutido o modelo de grupoterapia cognitivo-comportamental: *“Mas com as sessões planejadas não têm como o paciente falar dele. Como você vai saber o que paciente sente, pensa, se a sessão já está planejada antes”*. Estas pré-concepções sobre os TBE foram discutidas e foram apresentados estudos que demonstravam a efetividade destes tratamentos.

Sugere-se que estas dificuldades também podem estar relacionadas ao uso predominante de tratamentos não estruturados na atuação dos profissionais de psicologia, assim como a uma formação profissional que pode ter negligenciado a discussão dos fundamentos e possibilidades de aplicação dos TBE. Esta ausência de conhecimento dos participantes sobre os TBE, assim como sobre as possibilidades destes TBE serem utilizados em sua atuação profissional, dificultou que eles utilizassem o modelo de grupoterapia cognitivo-comportamental.

Associado a ausência de qualificação profissional para utilização dos TBE, observa-se que o desconhecimento sobre a dinâmica e funcionamento do TBE constituiu-se como outra dificuldade enfrentada pelos profissionais na utilização destas intervenções (Weisz et al., 2006). Em razão do desconhecimento sobre os TBE, os profissionais podem apresentar percepções errôneas sobre estes tratamentos. Entre estas percepções errôneas identificam-se: os TBE não são efetivos quando aplicados fora do contexto de pesquisa em que foram desenvolvidos; por esses tratamentos serem estruturados, não permitem o atendimento de demandas individuais dos pacientes (Weisz et al., 2006); e que os pacientes e familiares não irão se engajar neste tratamento, pois este é planejado e estruturado (Belfer & Rohde, 2005).

Ao longo do desenvolvimento da TSCP-VS, diversos profissionais afirmaram desconhecer a dinâmica e funcionamento do TBE. As percepções de que o modelo de grupoterapia cognitivo-comportamental não se constituiria como uma intervenção

efetiva por ser um tratamento planejado e estruturado foram relatadas por profissionais que afirmavam utilizar tratamentos não-estruturados no atendimento de seus pacientes. As crenças de que a utilização de sessões estruturadas limitaria o desenvolvimento do tratamento psicoterápico também foi citado por alguns profissionais. Estas crenças sobre os TBE foram discutidas durante a TSCP-VS, nestas discussões buscou-se apresentar aos profissionais as evidências que demonstravam a efetividade dos TBE (Belfer & Rohde, 2005; Johnson & Austin, 2008; Weisz et al., 2006), assim como do modelo de grupoterapia cognitivo-comportamental ensinado (Habigzang, Damásio, & Koller, 2013; Habigzang et al., 2009). Apesar das discussões realizadas para evidenciar a efetividade dos TBE, compreende-se que as pré-concepções sobre esses tratamentos podem ter se constituído como obstáculos aos profissionais aplicarem o modelo de grupoterapia cognitivo-comportamental em sua atuação profissional.

Além destes, a sobrecarga de trabalho tem sido indicada pelos profissionais como um obstáculo a utilização de TBE no atendimento de crianças e adolescentes vítimas de violência sexual nos serviços públicos de proteção as vítimas (Gomes et al., 2002; Luna et al., 2010). Compreende-se que a sobrecarga de trabalho é erroneamente utilizada como uma justificativa para a não aplicação do TBE. Uma vez que as evidências demonstram que o uso de TBE pode constituir-se como uma estratégia que auxilie na redução das demandas e na promoção a melhoria dos serviços públicos ao possibilitar o atendimento efetivo das demandas dos pacientes (Johnson & Austin, 2008).

Foi possível identificar que para alguns dos participantes da TSCP-VS a sobrecarga de trabalho foi reconhecida como uma dificuldade ao uso do modelo de grupoterapia cognitivo-comportamental. Este entendimento teve como base as falas dos profissionais, durante a TSCP-VS, que se referiam à impossibilidade de realizar as avaliações pré e pós-teste pela ausência de tempo, as dificuldades de desenvolver o atendimento semanal aos pacientes, e também a necessidade de atenderem demandas não relacionadas à VS.

Com base no exposto, pode-se observar que os participantes da TSCP-VS, de modo geral, apresentavam lacunas em sua formação profissional para atender as demandas relacionadas à VS, desconheciam o funcionamento e dinâmica do TBE, e apresentavam pré-concepções errôneas sobre esses tratamentos. Desta forma, compreende-se que o ensino e a proposta de utilização de protocolos de avaliação

psicológica e do modelo de grupoterapia cognitivo-comportamental em sua prática clínica com vítimas de VS pode ter sobrecarregado os participantes do G1.

Isto pode ser observado nos comentários e discussões dos profissionais durante a TSCP-VS, nos quais eles afirmavam não desenvolver avaliações psicológicas, utilizar tratamentos sem evidências de efetividade, e desenvolver predominantemente tratamentos não estruturados. Com base no exposto, entende-se que os profissionais do G1 podem ter se percebido sobrecarregados ao serem expostos a conteúdos teóricos sobre a VS, serem convidados a utilizarem protocolos para avaliação psicológica e aplicarem uma intervenção terapêutica baseada em evidências segundo a modalidade grupal.

O aumento das dimensões de exaustão emocional e baixa realização profissional de *burnout* na segunda parte da TSCP-VS (quarto módulo) também podem resultar de que nesta etapa era proposto aos participantes do G1 aplicarem o modelo de grupoterapia cognitivo-comportamental no atendimento das vítimas de VS em seus locais de trabalho. Compreende-se que o desenvolvimento das atividades relacionadas à aplicação do modelo de grupoterapia cognitivo-comportamental (*e.g.* identificação dos casos de VS, avaliação psicológica das vítimas, atendimento das vítimas segundo o modelo proposto) pode ter exigido um maior envolvimento dos profissionais com o seu trabalho. Desta forma, a necessidade dos profissionais desenvolverem estas atividades pode ter exposto eles a maiores níveis de demanda, os quais podem ter repercutido no aumento dos índices de exaustão emocional e baixa realização profissional.

Além destes, outro fator que pode ter contribuído ao aumento dos níveis de exaustão emocional e baixa realização profissional do G1 foi a impossibilidade de alguns profissionais aplicarem o modelo de grupoterapia no atendimento das vítimas de VS. Segundo os relatos dos profissionais, uma das principais dificuldades enfrentadas foi a falta de apoio dos gestores e colegas de trabalho para o desenvolvimento desta intervenção, tais como o gestor não permitir que o profissional participasse das supervisões (segunda etapa da TSCP-VS), não disponibilizar local adequado para o desenvolvimento do grupo e críticas dos colegas ao trabalho desenvolvido. Considerando estes aspectos, observa-se que a falta de apoio social pode ter interferido nas percepções dos profissionais sobre as demandas de trabalho, de forma a ter um impacto negativo sobre a sua relação com o trabalho (Araújo & Karasek, 2008; Bakker et al., 2003, 2007; Karasek et al., 1998; Shapiro et al., 1997), as quais podem ter

contribuído ao aumento dos índices de exaustão emocional e baixa realização profissional dos participantes.

Referente aos níveis de despersonalização do G1, foi observado que estes se mantiveram estáveis ao longo do tempo. Compreende-se que a ausência de redução nos níveis de despersonalização do G1 pode estar associada às dificuldades dos profissionais utilizarem o modelo de grupoterapia cognitivo-comportamental em sua atuação profissional, citadas anteriormente. Desta forma, a necessidade dos profissionais qualificarem-se teoricamente para atuar no atendimento de vítimas de VS, aprenderem a utilizar protocolos de entrevista, repensarem a forma que desenvolvem o atendimento das vítimas (*e.g.* uso de um tratamento estruturado), pode ter limitado o impacto da TSCP-VS sobre os índices de despersonalização.

Outro fator que pode ter limitado o impacto da TSCP-VS na redução dos níveis de *burnout* dos profissionais capacitados foi a escassez de participantes que apresentassem altos índices desta síndrome. Este entendimento tem como base a compreensão de que a redução dos níveis de *burnout* seria uma consequência da instrumentalização teórica promovida pela TSCP-VS aos profissionais que apresentassem esta síndrome. Desta forma, o impacto da TSCP-VS não foi significativo para promover a redução de níveis de *burnout*, que de modo geral, poderiam ser considerados baixos (exaustão emocional em T1 – $M = 1,98$; $DP = 0,50$; despersonalização em T1 – $M = 1,47$; $DP = 0,46$; baixa realização profissional em T1 – $M = 1,80$; $DP = 0,41$).

Ademais, a presença de baixos índices de *burnout* não pode ser considerado como um indicador de altos níveis de *engagement* ou de comprometimento com o trabalho (Demerouti, Mostert, & Bakker, 2010; Schaufeli, Taris, & van Rhenen, 2008). Apesar deste estudo não ter investigado os índices de *engagement* e comprometimento com o trabalho dos participantes do G1, a análise das falas dos profissionais durante a TSCP-VS e as percepções dos supervisores sugerem que alguns profissionais poderiam não estar significativamente envolvidos com o desenvolvimento do seu trabalho. Este entendimento corrobora a percepção que os profissionais capacitados sentiram-se sobrecarregados com as atividades propostas na TSCP-VS, de modo a apresentarem um aumento nos seus níveis de exaustão emocional e baixa realização profissional.

A ausência de profissionais que apresentassem altos níveis de *burnout* pode constituir-se como uma consequência da participação na TSCP-VS ser de caráter

voluntário, de modo que profissionais com altos índices de *burnout* podem ter optado não participar deste estudo. Apoiando este entendimento, sugere-se que a ausência de profissionais com altos índices de *burnout* pode ser uma consequência do afastamento emocional do profissional às demandas de trabalho e demandas relacionadas a este (Maslach et al., 2001). Em razão disso, os profissionais com altos níveis de *burnout* podem optar por não colaborar em estudos relacionados às suas atividades laborais por considerá-los como atividades desgastantes (Almeida, Souza & Carlotto, 2009; Kadambi & Truscott, 2004; Lee & Ashforth, 1993).

Além do impacto da TSCP-VS sobre as dimensões de *burnout*, esperava-se que esta auxiliasse na redução dos níveis de demanda e promovesse um aumento nos índices de controle, autoridade decisória, uso de habilidades e apoio social (hipótese 2). Foi observado que os níveis de demanda, controle, autoridade decisória, uso de habilidades e apoio social se mantiveram estáveis ao longo das avaliações. Estes achados indicam que não foi possível identificar o impacto da TSCP-VS sobre estas dimensões.

Compreende-se que a impossibilidade de ser reconhecido o impacto da TSCP-VS sobre as características do trabalho do G1 avaliadas (demanda, controle, autoridade decisória, uso de habilidades e apoio social) também está relacionada à ausência de qualificação profissional para atuar no atendimento das vítimas de VS e no desconhecimento dos TBE. Este entendimento tem como base os comentários dos profissionais que indicaram que os participantes do G1, por vezes, apresentavam um desconhecimento sobre a definição e dinâmica da VS, não utilizavam protocolos de avaliação psicológica, não possuíam formação para utilizar TBE, e outras dificuldades citadas anteriormente nesta discussão. Em razão disso, pelo desconhecimento dos profissionais nas temáticas apresentadas, a necessidade de aprender um volume excessivo de conteúdos e técnicas pode ter sobrecarregado os profissionais, limitando o impacto da TSCP-VS sobre as características do trabalho avaliadas.

Foi observado que o impacto da TSCP-VS sobre a relação de trabalho do G1 diferiu dos resultados encontrados na avaliação do impacto da TSCP-VS, quando esta foi desenvolvida em seis módulos, sobre os níveis de *burnout*, demanda, controle, autoridade decisória, uso de habilidades e apoio social (Damásio, 2011). Esta avaliação da TSCP-VS (seis módulos) foi realizada em dois momentos, no início e término da TSCP-VS. Foi demonstrado que os profissionais capacitados ($n = 19$) apresentaram uma redução nos indicadores da dimensão de despersonalização, e os índices de baixa

realização no trabalho e exaustão emocional mantiveram-se estáveis. Em relação às características do trabalho, foi observado um aumento dos níveis de demanda, sendo que os índices de controle, autoridade decisória, uso de habilidades e apoio social mantiveram-se estáveis (Damásio, 2011).

As diferenças do impacto entre a TSCP-VS desenvolvida em três módulos e a TSCP-VS realizada em seis módulos pode estar associado ao formato da capacitação. Pontua-se que os conteúdos e técnicas trabalhados foram os mesmos nos dois formatos da TSCP-VS, sendo modificado apenas a frequência dos módulos. Com base nisso, compreende-se que o desenvolvimento da capacitação em três módulos mensais pode ter sobrecarregado os profissionais, tendo em vista as lacunas na formação dos profissionais para atenderem as demandas relacionadas à VS.

Ademais, os resultados observados no presente estudo e na avaliação da TSCP-VS em seis módulos (Damásio, 2011), associados às lacunas na formação dos profissionais de psicologia para trabalharem com vítimas de VS (CFP, 2009; Luna et al., 2010; Penso et al., 2008; Pires & Miyazaki, 2005), sugerem que alterações na TSCP-VS poderiam contribuir ao aumento do impacto desta sobre os índices de *burnout*, demanda, controle e apoio social dos participantes. Por exemplo, o aumento da extensão dos módulos instrucionais poderia prevenir que os profissionais se percebessem sobrecarregados, pois poderiam ter mais tempo para se instrumentalizarem sobre as temáticas trabalhadas (*e.g.* dinâmica da VS, TBE, desenvolvimento de tratamento em grupos) e perceberem as possibilidades de utilizarem estas na sua atuação profissional.

Estudos têm demonstrado que trabalhar no atendimento de vítimas de VS expõe os profissionais a situações de trabalho estressantes, devido à complexidade intrínseca desta demanda (Coles et al., 2013; Kadambi & Truscott, 2003, 2004), à ausência de formação adequada para atender estas demandas (CFP, 2009; Luna et al., 2010; Penso et al., 2008; Pires & Miyazaki, 2005) e às condições de trabalho (Santos et al., 2010). Em razão disso, foi investigado se poderia ser observado um aumento nos níveis de *burnout* (exaustão emocional, despersonalização e baixa realização profissional) (hipótese 3) e demanda, assim como uma redução nos índices de controle (autoridade decisória e uso de habilidades) e apoio social (hipótese 4) do G2 (profissionais que não participaram da TSCP-VS) ao longo do tempo.

Ao analisar os índices de *burnout* do G2, foi observado que os níveis das dimensões exaustão emocional, despersonalização e baixa realização profissional mantiveram-se estáveis ao comparar T1 e T2, assim como entre T2 e T3. Ao comparar os níveis de exaustão emocional de T1 a T3, foi observado que estes se mantiveram estáveis. Entretanto, identifica-se um aumento nos índices de despersonalização e baixa realização profissional de T1 a T3.

O aumento dos níveis de despersonalização e baixa realização profissional observados no G2 podem ser compreendidos como uma consequência da exposição dos profissionais de psicologia aos fatores estressantes presentes no seu trabalho, tais como a ausência de qualificação profissional para atender as demandas relacionadas à VS (CFP, 2009; Luna et al., 2010; Penso et al., 2008; Pires & Miyazaki, 2005), a elevada demanda de trabalho, estrutura física inadequada, limitações no sistema de proteção (Azar, 2000; Santos et al., 2010). Este aumento nos índices de despersonalização e baixa realização profissional também apoiam a compreensão de que o trabalho com vítimas de VS pode ter um impacto negativo sobre a saúde dos profissionais de psicologia (Coles et al., 2013; Kadambi & Truscott, 2003, 2004; Shapiro et al., 1997, 1999).

Referente à avaliação das características de trabalho dos participantes do G2, foi observado que os níveis das dimensões demanda, apoio social e a subdimensão uso de habilidades mantiveram-se estáveis ao longo da avaliações (T1-T2, T2-T3, e T1-T3). Já a variável controle e sua subdimensão autoridade decisória não apresentaram diferenças entre T1 a T2, assim como de T1 a T3, mas foi identificada uma redução nos níveis destas de T2 a T3.

Apesar de não ter sido realizada uma avaliação da qualificação profissional dos participantes do G2, sugere-se que a redução nos níveis de controle e autoridade decisória desses profissionais pode resultar de um possível despreparo técnico para lidar com as demandas relacionadas à VS. Esta justificativa origina-se da compreensão de que a ausência de qualificação profissional para enfrentar as demandas de trabalho pode levar o profissional a perceber-se com menores níveis de controle sobre as atividades laborais desenvolvidas (Coles et al., 2013; Ferreira & Assmar, 2008). Além disso, corroborando este entendimento, a inabilidade técnica para atender as demandas relacionadas à VS foi indicada como uma das dificuldades enfrentadas pelos

profissionais no desenvolvimento de seu trabalho (CFP, 2009; Luna et al., 2010; Penso et al., 2008; Pires & Miyazaki, 2005).

No estudo de avaliação de efetividade mediante efeitos indiretos da TSCP-VS (seis módulos) realizado por Damásio (2011) foram investigados os índices de *burnout*, demanda, controle, autoridade decisória, uso de habilidades e apoio social de profissionais que não participaram da TSCP-VS ($n = 11$) em dois momentos (intervalo de seis meses). Foi observado que os profissionais que atendiam vítimas de VS em serviços públicos e não participaram da TSCP-VS apresentaram um aumento nas três dimensões de *burnout* (exaustão emocional, baixa realização profissional e despersonalização), redução dos níveis de controle e de sua subdimensão uso de habilidades, sendo que os índices de demanda, autoridade decisória e apoio social permanecerem estáveis (Damásio, 2011). Estes resultados evidenciam a compreensão de que os profissionais que trabalham com vítimas de VS estão expostos a um risco psicossocial ao desenvolvimento do *burnout*, o qual pode estar associado à ausência de qualificação profissional para atender estas demandas.

Foi observado que os efeitos da TSCP-VS sobre a relação dos participantes do G1 com o seu trabalho divergiu das expectativas iniciais, sendo encontrado um aumento nos níveis de exaustão emocional e baixa realização profissional, e estabilidade nos níveis de despersonalização, demanda, controle, autoridade decisória, uso de habilidades e apoio social. Compreende-se que estes achados estão associados à ausência de qualificação dos profissionais para atenderem as demandas relacionadas à VS, as dificuldades para utilizarem TBE, assim como as dificuldades enfrentadas à aplicação do modelo de grupoterapia cognitivo-comportamental em seus locais de trabalho (e.g. falta de apoio dos colegas e supervisores).

As expectativas relacionadas aos profissionais do G2 (não participantes da TSCP-VS) foram parcialmente corroboradas, sendo observado o aumento nos índices de despersonalização e baixa realização profissional, redução nos níveis de controle e autoridade decisória, e estabilidade nos escores das dimensões demanda, uso de habilidades e apoio social. Estes resultados evidenciaram o risco psicossocial ao qual os profissionais de psicologia que trabalham com vítimas de VS estão expostos.

Com base nestes achados, observa-se a relevância de serem desenvolvidas intervenções que auxiliem a reduzir o impacto negativo dos estressores presentes no trabalho dos profissionais que atendem as vítimas de VS. Sugere-se o desenvolvimento

de TSCP, tendo em vista que a qualificação profissional pode reduzir o impacto negativo do despreparo técnico sobre a saúde dos profissionais (Coles et al., 2013; Ferreira & Assmar, 2008) e as lacunas na formação dos profissionais de psicologia para atenderem as demandas relacionadas à VS, já observada em outros estudos (CFP, 2009; Luna et al., 2010; Penso et al., 2008; Pires & Miyazaki, 2005).

Avaliação do impacto e transferência de aprendizagem da TSCP-VS

Foi investigado os níveis de impacto e transferência de aprendizagem sobre o trabalho dos participantes (G1). Referente ao impacto, este se caracteriza pelas repercussões originadas pela capacitação no desempenho dos profissionais, tais como atitudes e motivação para desenvolver as atividades laborais (Lacerda & Abbad, 2003; Pilati & Abbad, 2005). Foi observado que os participantes apresentaram altos níveis de impacto em T2 e T3, sugerindo que a TSCP-VS contribuiu na qualificação dos profissionais e no desenvolvimento do seu trabalho. Os altos índices de impacto também indicam o alto potencial dos profissionais permanecerem aplicando os conteúdos e as técnicas trabalhados ao seu contexto laboral (Rodríguez & Gregory, 2005).

Além dos indicadores de impacto obtidos por meio da EIT, o impacto da capacitação no trabalho dos profissionais pode ser observado em suas falas durante as supervisões. Os relatos dos profissionais indicaram um aumento na motivação e envolvimento com o trabalho, demonstrando que o impacto da TSCP-VS não se limitou aos objetivos instrucionais desta (Abbad et al., 2000; Pilati & Abbad, 2005). Isso foi identificado nos casos em que os profissionais organizaram encontros de formação para Rede de Proteção de seus municípios, buscaram materiais didáticos para compartilhar com outros colegas, e afirmaram sentir-se mais motivados para desenvolver o seu trabalho. Por exemplo, cita-se a fala de uma participante da TSCP-VS ao organizar o 1º Fórum de Combate ao Abuso e Exploração Sexual de Crianças e Adolescentes: *“Antes a gente não sabia, mas com o curso soube que existia o 18 de maio, por isso organizamos o Fórum para os professores”*.

A transferência de aprendizagem pode ser definida como o processo em que os profissionais são bem sucedidos em utilizar o conhecimento, habilidades e técnicas adquiridas durante a capacitação no desenvolvimento de suas atividades laborais e a manutenção desses por um determinado período de tempo (Baldwin & Ford, 1988;

Cheng & Ho, 2001). Na escala utilizada neste estudo as categorias de transferência de aprendizagem, classificadas como direta, ou em curto prazo, e indireta, ou em longo prazo (Garavaglia, 1995), foram avaliadas conjuntamente. Foram observados altos índices de transferência de aprendizagem em T2 e T3, os quais sugerem que os participantes generalizaram os conteúdos e as técnicas trabalhados na TSCP-VS ao contexto de trabalho, de forma que sua atuação profissional se modificasse (Abbad et al., 2004; Cheng & Ho, 2001).

Estes altos índices de transferência de aprendizagem puderam ser reconhecidos nos relatos dos profissionais durante as supervisões. Foi possível identificar situações de transferência de aprendizagem em curto prazo, tais como aplicação direta das técnicas aprendidas, e em longo prazo, reconhecidas na utilização dos conteúdos e técnicas trabalhados em situações diferentes das propostas durante a TSCP-VS (Garavaglia, 1995). Aquelas identificadas como exemplos de transferência direta foram referentes ao desenvolvimento da avaliação psicológica das vítimas de VS conforme o protocolo proposto e a realização dos atendimentos segundo o modelo de grupoterapia cognitivo-comportamental. Ao final da TSCP-VS, foi realizado o atendimento a 26 vítimas de violência sexual, sendo desenvolvidos seis grupos, por seis profissionais.

A ocorrência da transferência de aprendizagem em longo prazo foi identificada no desenvolvimento de cursos de formação aos profissionais da rede de proteção e na utilização das técnicas aprendidas no atendimento de pacientes que não foram vítimas de VS. Outra situação que foi considerada como uma evidência da ocorrência de transferência de aprendizagem em longo prazo foi a proposta de adaptação do modelo de grupoterapia cognitivo-comportamental para meninas ao modelo individual. Esta adaptação foi sugerida pelos supervisores da TSCP-VS, uma vez que observaram que entre as principais dificuldades para os profissionais utilizarem o modelo de grupoterapia cognitivo-comportamental foi a escassez de casos de VS para compor um grupo. Desta forma, 10 crianças foram atendidas por meio desta adaptação a modalidade individual do modelo de grupoterapia cognitivo-comportamental (Habigzang et al., 2009, 2013). Estes atendimentos foram realizados por seis profissionais.

Concluindo, compreende-se que os achados apresentados demonstram indícios da efetividade da TSCP-VS como uma ferramenta para promover a qualificação profissional. Este entendimento se embasa nos altos níveis de impacto e transferência de aprendizagem observados no estudo. Os altos índices de impacto e transferência de

aprendizagem também sugerem que os conteúdos e as técnicas trabalhadas na TSCP-VS atenderam às demandas dos profissionais nesta temática.

Relações entre os níveis de *burnout*, demanda, controle, apoio social com os índices de impacto e transferência de aprendizagem da TSCP-VS

Buscou-se analisar se os níveis de impacto e transferência de aprendizagem dos participantes da TSCP-VS (G1) estavam relacionados aos índices de *burnout* (exaustão emocional, despersonalização e baixa realização profissional), demanda, controle e apoio social. Para isso, foram analisadas as correlações entre as variáveis e compostos grupos referentes aos níveis altos e baixos para cada dimensão analisada. A hipótese inicial era de que os participantes com menores escores nas dimensões de exaustão emocional, despersonalização, baixa realização profissional e demanda, e maiores índices de controle e apoio social apresentariam maiores níveis de impacto e transferência de aprendizagem.

Estas relações foram propostas com base na compreensão de que a presença de altos níveis nas dimensões de *burnout* (exaustão emocional, despersonalização e baixa realização profissional), e altos níveis de demanda estão associados a menores índices de desempenho laboral e menor comprometimento com o trabalho (Bakker et al., 2007; Beek et al., 2012; Demerouti & Bakker, 2011; Maslach et al., 2001). Enquanto a presença de altos níveis de controle e apoio social no ambiente de trabalho está relacionada a maiores índices de comprometimento organizacional, à busca de qualificação profissional e maiores níveis de aprendizagem (Bakker et al., 2003, 2007; Demerouti & Bakker, 2011; Demerouti et al., 2001; Fernet et al., 2004). Considerando, também, que os índices de impacto e transferência de aprendizagem estão associados aos níveis de aprendizagem e a oportunidade de aplicar estes no contexto laboral (Cheng & Ho, 2001; Pilati & Abbad, 2005).

As análises dos resultados demonstraram que não foram observadas diferenças significativas entre os níveis de impacto e transferência de aprendizagem em T2 e T3 para os grupos alto e baixo das dimensões de *burnout* (exaustão emocional, despersonalização e baixa realização profissional), assim como dos grupos alto e baixo referentes aos níveis de demanda, controle e apoio social em T1. Entende-se que a ausência de diferenças significativas entre os grupos alto e baixo de G1 pode resultar de que os níveis das dimensões exaustão emocional, despersonalização e baixa realização

profissional, demanda são de modo geral baixos, enquanto os índices de controle, autoridade decisória e apoio social são altos. Desta forma, os profissionais sugerem apresentar condições trabalho adequadas, de modo que as dificuldades para atender suas demandas de trabalho e os prejuízos em sua atuação profissional não poderiam originar-se das características de trabalho avaliadas e dos níveis de *burnout*. Por exemplo, a média dos níveis de exaustão emocional do grupo alto em exaustão emocional era 2,38 ($DP = 0,31$), enquanto a média do grupo baixo em exaustão emocional era 1,58 ($DP = 0,30$). Desta forma, os dados coletados não seriam adequados para corroborar ou refutar a hipótese da existência de diferenças entre os níveis de impacto e transferência de aprendizagem dos grupos alto e baixo das variáveis já citadas.

Além da ausência destas diferenças entre os grupos alto e baixo, não foram identificadas correlações significativas entre os índices de *burnout* (exaustão emocional, despersonalização e baixa realização profissional), demanda, controle e apoio social em T1 com os níveis de impacto e transferência de aprendizagem de T2 e T3 do G1 segundo os índices de *burnout* (exaustão emocional, despersonalização e baixa realização profissional), demanda, controle e apoio social. Considerando que estas relações foram propostas com base em outros estudos (Bakker et al., 2003, 2007; Cheng & Ho, 2001; Fernet et al., 2004), observa-se a necessidade de serem desenvolvidos novas pesquisas com outras amostras que possibilitem evidenciar a ausência de relações entre as variáveis avaliadas nesta dissertação.

CAPÍTULO V

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O principal objetivo desta dissertação foi avaliar a efetividade da TSCP-VS desenvolvida para capacitar os profissionais de psicologia que atendem crianças e adolescentes vítimas de violência sexual. A efetividade da TSCP-VS foi avaliada por meio dos efeitos indiretos desta sobre os níveis de *burnout*, demanda, controle e apoio social entre os profissionais de psicologia que atuam diretamente no atendimento das vítimas. O impacto da TSCP-VS no trabalho dos profissionais foi avaliado por meio dos níveis de impacto da capacitação e transferência de aprendizagem, também foi

investigado se estas variáveis estão relacionadas aos níveis de *burnout*, demanda, controle e apoio social dos participantes do G1.

A fim de avaliar o impacto por meio de efeitos indiretos da TSCP-VS, foi utilizado o delineamento *quasi-experimental*. Desta forma, os efeitos da TSCP-VS sobre os níveis de *burnout* (exaustão emocional, despersonalização e baixa realização profissional) e os índices de demanda, controle, autoridade decisória, uso de habilidades e apoio social foram investigados longitudinalmente (T1, T2, e T3) para G1 e G2.

Os resultados desta avaliação demonstraram que a TSCP-VS não promoveu a redução dos índices de *burnout* e demanda, assim como não auxiliou no aumento dos níveis de controle, autoridade decisória, uso de habilidades e apoio social entre os profissionais do G1. Ademais, foi observado um aumento dos níveis de exaustão emocional e baixa realização profissional dos participantes do G1. Compreende-se que o aumento destas dimensões de *burnout* pode resultar de lacunas da formação dos profissionais para atenderem as demandas relacionadas à VS, o desconhecimento sobre os TBE, as dificuldades enfrentadas para desenvolver as atividades relacionadas ao modelo de grupoterapia cognitivo-comportamental (*e.g.* identificação dos casos de VS, avaliação psicológica das vítimas, realização de sessões estruturadas) e as dificuldades enfrentadas nos seus locais de trabalho para implementar esta modalidade de atendimento, tais como a falta de apoio dos colegas, críticas ao trabalho desenvolvido e ausência de local adequado para realizar os atendimentos.

Em relação ao G2, a compreensão de que o trabalho com vítimas de VS constitui-se como um risco psicossocial aos profissionais foi parcialmente corroborada. Isto pode ser observado no aumento dos níveis de despersonalização e baixa realização profissional do *burnout* e na redução dos índices de controle e autoridade decisória. Além disso, sugere-se que estes achados podem resultar de um possível despreparo técnico dos participantes do G2 para lidar com as demandas relacionadas à VS, considerando que outros estudos demonstraram a presença de lacunas na formação dos profissionais para atenderem as demandas relacionadas à VS (CFP, 2009; Luna et al., 2010; Penso et al., 2008; Pires & Miyazaki, 2005).

Referente à avaliação de impacto da TSCP-VS sobre o trabalho dos profissionais capacitados, foram observados altos índices de impacto do treinamento no trabalho e altos índices de transferência de aprendizagem. Não foram observadas diferenças nos níveis de impacto e transferência de aprendizagem dos profissionais capacitados

segundo os índices de *burnout* (exaustão emocional, despersonalização e baixa realização profissional), demanda, controle e apoio social. Os altos índices de impacto e transferência de aprendizagem evidenciam que os conteúdos e técnicas trabalhados podem ter sido generalizados a atuação dos profissionais. Os relatos dos profissionais durante as supervisões explicitam que a TSCP-VS pode ter promovido a qualificação profissional dos participantes, auxiliando-os no atendimento das demandas relacionadas à VS.

A grande perda amostral dos participantes entre os momentos de avaliação foi uma limitação deste estudo. Esta perda amostral limitou as análises dos resultados, dificultando que o desenvolvimento de evidências sobre a efetividade da TSCP-VS. A recusa dos participantes permanecerem contribuindo no estudo demonstra a necessidade de serem desenvolvidos recursos capazes de promover e motivar a participação dos profissionais nos diferentes momentos de pesquisas que avaliem aspectos sobre sua relação com o trabalho e as características laborais.

Outra limitação do estudo foi a ausência de instrumentos que avaliassem os níveis de *engagement*, motivação e comprometimento com o trabalho, pois estes repercutem sobre os índices de impacto da capacitação e transferência de aprendizagem no trabalho dos profissionais (Demerouti et al., 2010; Kontoghiorghes, 2004; Lim & Johnson, 2002; Schaufeli et al., 2008). A avaliação dos níveis de *engagement*, motivação e comprometimento com o trabalho contribuiriam na compreensão dos fatores relacionados ao impacto da TSCP-VS.

Além destas, a ausência de indicadores que avaliassem características pessoais dos profissionais, tais como autoeficácia, autoestima ocupacional, otimismo e autodeterminação, é indicada como outra limitação deste estudo. Estas características interferem no modo que os profissionais avaliam e manejam suas demandas de trabalho, assim como as situações estressantes vivenciadas neste contexto (Elloy & Patil, 2012; Fernet et al., 2004; Scheier, Carver, & Bridges, 1994; Xanthopoulou et al., 2007). Desta forma, considerando que os profissionais reagem de formas particulares as situações enfrentadas no trabalho, a avaliação das referidas características pessoais poderia ter auxiliado no entendimento do impacto da TSCP-VS.

Pontua-se a importância de serem realizados outros estudos de avaliação do impacto das TSCP-VS, a fim de clarificar o seu potencial como uma intervenção para auxiliar os profissionais no enfrentamento dos estressores presentes no ambiente de

trabalho por meio da qualificação profissional. Destaca-se a necessidade de serem desenvolvidos estudos com amostras maiores, com delineamentos mais rígidos e amostras com características laborais (demanda, controle e apoio social) e níveis de *burnout* mais diversificadas.

Os altos índices de impacto e transferência de aprendizagem observados entre os profissionais capacitados, associados aos seus relatos sobre as lacunas em sua formação e a utilidade dos conteúdos aprendidos, evidenciam que a TSCP-VS pode constituir-se como uma estratégia a qualificação profissional dos psicólogos que trabalham no atendimento de vítimas de VS. Ademais, considerando que a utilização de TBE pode promover a melhoria dos atendimentos realizados nos serviços públicos (Johnson & Austin, 2008), observa-se que a relevância da promoção da TSCP-VS para instrumentalizar os profissionais da rede de proteção das vítimas de violência sexual sobre a dinâmica desta forma de violência, fatores de risco e proteção, e a utilização de intervenções baseadas em evidências.

REFERÊNCIAS

- Abbad, G. (1999). *Um modelo integrado de avaliação do impacto do treinamento no trabalho - IMPACT*. Tese de doutorado não-publicada, Curso de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade de Brasília. Brasília.
- Abbad, G. S., Gama, A. L. G., & Borges-Andrade, J. E. (2000). Treinamento: Análise do relacionamento da avaliação nos níveis de reação, aprendizagem e impacto no trabalho. *Revista de Administração Contemporânea*, 4(3), 25-45. doi: 10.1590/S1415-6552000000300003
- Aguinis, H., & Kraiger, K. (2009). Benefits of training and development for individuals and teams, organizations, and society. *Annual Review of Psychology*, 60, 451-474. doi:10.1146/annurev.psych.60.110707.163505
- Almeida, K. M., Souza, L. A., & Carlotto, M. S. (2009). Síndrome de Burnout em Funcionários de uma Fundação de Proteção e Assistência Social. *Revista Psicologia: Organizações e Trabalho*, 9(2), 86-96. Recuperado de <http://submission-pepsic.scielo.br/index.php/rpot/index>

- Amazarray, M. R. (2010). *Violência Psicológica e Assédio Moral no Trabalho Enquanto Expressões de Estratégias de Gestão*. Tese de Doutorado não-publicada. Curso de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre.
- Araújo, T. M., Graça, C. C., & Araújo, E. (2003). Estresse ocupacional e saúde: contribuições do Modelo Demanda-Controle. *Ciência & Saúde Coletiva*, 8, 991-1003. doi: 10.1590/S1413-81232003000400021
- Araújo, T. M., & Karasek, R. (2008). Validity and reliability of the job content questionnaire in formal and informal jobs in Brazil. *Measurement*, 6, 52-59. Recuperado de http://www.sjweh.fi/show_abstract.php?keyword_id=12
- Azar, S. T. (2000). Preventing burnout in professionals and paraprofessionals who work with child abuse and neglect cases: A cognitive behavioral approach to supervision. *Journal of Clinical Psychology*, 56, 643-663. Recuperado de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10852151>
- Bakker, A. B., Demerouti, E., de Boer, E., & Schaufeli, W. B. (2003). Job demands and job resources as predictors of absence duration and frequency. *Journal of Vocational Behavior*, 62(2), 341-356. doi:10.1016/S0001-8791(02)00030-1
- Bakker, A. B., Hakanen, J. J., Demerouti, E., & Xanthopoulou, D. (2007). Job resources boost work engagement, particularly when job demands are high. *Journal of educational psychology*, 99(2), 274. doi:10.1037/0022-0663.99.2.274
- Baldwin, T. T., & Ford, J. K. (1988). Transfer of training: A review and directions for future research. *Personnel Psychology*, 41, 63-105. doi: 10.1111/j.1744-6570.1988.tb00632.xv
- Baumgarten, M. (2008). Ciência, tecnologia e desenvolvimento: Redes de inovação social. *Parcerias Estratégicas*, 26, 101-118. Recuperado de <http://www.cgee.org.br/parcerias/p26.php>
- Belfer, M. L., & Rohde, L. A. (2005). Child and adolescent mental health in Latin America and the Caribbean: Problems, progress, and policy research. *Revista Panamericana de Salud Publica*, 18(4-5), 359-365. doi: 10.1590/S1020-49892005000900016
- Biehl, K. A. (2009). *Burnout em psicólogos*. Tese de Doutorado não-publicada. Curso de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Católica do Rio Grande do Sul. Porto Alegre.

- Borges-Andrade, J. E., & Abbad, G. S. (1996). Treinamento e desenvolvimento de pessoal: Reflexões sobre suas pesquisas científicas. *Revista de Administração*, 31(2), 112-125. Recuperado de <http://hdl.handle.net/10482/1123>
- Brasil (1990). *Diário Oficial da União*. Estatuto da Criança e do Adolescente, Lei Federal nº 8.069, de 13 de julho de 1990, Brasília, DF.
- Briere, J., & Elliott, D. M. (1993). Sexual abuse, family environment, and psychological symptoms: on the validity of statistical control. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61(2), 284-290. Recuperado de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8473582>
- Carlotto, M. S. (2010). *Síndrome de Burnout – O estresse ocupacional do professor*. Canos: Editora Ulbra.
- Carlotto, M. S. (2011). Síndrome de *Burnout* em professores: Prevalência e fatores associados. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 27(4). doi: 10.1590/S0102-37722011000400003
- Carlotto, M. S. Câmara, S. G., Otto, & Kauffmann, P. (2010). Síndrome de *Burnout* e coping em estudantes de psicologia. *Boletim de Psicologia*, LIX(131), 167-178. Recuperado de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S0006-59432009000200004&script=sci_arttext&lng=pt
- Carter, Y. H., Bannon, M. J., Limbert, C., Docherty, A., & Barlow, J. (2006). Improving child protection. *Archives of Disease in Childhood*, 91, 740–743. doi: 10.1136/adc.2005.09200
- Chaffe, L. (2005). *Canto de cicatriz* [vídeo]. Porto Alegre: Atena Produtora.
- Chaffin, M., & Friedrich, B. (2004). Evidence-based treatments in child abuse and neglect. *Children and Youth Services Review*, 26, 1097–1113. doi:10.1016/j.childyouth.2004.08.008
- Chambless, D. L., & Hollon, S. D. (1998). Defining empirically supported therapies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 66(1), 7-18. doi: 10.1037/0022-006X.66.1.7
- Chambless, D. L., & Ollendick, T. H. (2001). Empirically supported psychological interventions: Controversies and evidence. *Annual Review of Psychology*, 52, 685-716. doi: 10.1146/annurev.psych.52.1.685
- Cheng, E. W. L., & Ho, D. C. K. (2001). A review of transfer of training studies in the past decade. *Personnel Review*, 30(1), 102-118. doi:10.1108/00483480110380163

- Cohen, J. A., Deblinger, E., & Mannarino, A. P. (2004). A Multisite Randomized Controlled Trial for Children with Sexual Abuse – Related PTSD Symptoms. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 43(4), 393-402. doi:10.1097/01.chi.0000111364.94169.f9
- Coles, J., Dartnall, E., & Astbury, J. (2013). “Preventing the pain” when working with family and sexual violence in primary care. *International Journal of Family Medicine*, 13, 10-15. doi: 10.1155/2013/198578
- Colossi, E. G., Calesso-Moreira, M., & Pizzinato, A. (2011). Estratégias de enfrentamento utilizadas pela equipe de enfermagem de um CTI adulto perante situações de estresse. *Revista Ciência & Saúde*, 4(1), 14-21. Recuperado de <http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/faenfi/article/viewFile/7167/6629>
- Conselho Federal de Psicologia. (2009). *Serviço de proteção social a crianças e adolescentes vítimas de violência, abuso e exploração sexual e suas famílias: Referências para a atuação do psicólogo*. Brasília: CREPOP.
- Damásio, B. F. (2011). *Avaliação de uma Tecnologia Social de Capacitação Profissional para Intervenção Psicológica com Crianças e Adolescentes Vítimas de Abuso Sexual*. Dissertação de Mestrado não-publicada. Curso de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre.
- Danielson, C. K., de Arellano, M. A., Kilpatrick, D. G., Saunders, B. E., & Resnick, H. S. (2005). Child maltreatment in depressed adolescents: differences in symptomatology based on history of abuse. *Child Maltreatment*, 10(1), 37-48. doi:10.1177/1077559504271630
- De Jonge, J., van Breukelen, G. J. P., Landeweerd, J. A., & Nijhuis, F. J. N. (1999). Comparing Group and Individual Level Assessments of Job Characteristics in Testing the Job Demand-Control Model: A Multilevel Approach. *Human Relations*, 52(1), 95-122. doi:10.1177/001872679905200106
- Demerouti, E., & Bakker, A. B. (2011). The Job Demands–Resources model: Challenges for future research. *SA Journal of Industrial Psychology*, 37(2). doi:10.4102/sajip.v37i2.974
- Demerouti, E., Bakker, A. B., Nachreiner, F., & Schaufeli, W. B. (2001). The job demands-resources model of burnout. *Journal of Applied psychology*, 86(3), 499-512. doi: 10.1037//0021-9010.86.3.499

- Demerouti, E., Bakker, A. B., Vardakou, I., & Kantas, A. (2003). The Convergent Validity of Two Burnout Instruments. *European Journal of Psychological Assessment, 1*(19), 12–23. doi:10.1027//1015-5759.19.1.12
- Demerouti, E., Bakker, A. B., De Jonge, J., Janssen, P. P., & Schaufeli, W. B. (2001). Burnout and engagement at work as a function of demands and control. *Scandinavian Journal of Work, Environment & Health, 27*(4), 279-286. Recuperado de http://www.sjweh.fi/show_abstract.php?abstract_id=615
- Demerouti, E., Mostert, K., & Bakker, A. B. (2010). Burnout and work engagement: A thorough investigation of the independency of both constructs. *Journal of Occupational Health Psychology, 15*(3), 209–222. doi:10.1037/a0019408
- Dimenstein, M. (2003). Los (des)caminos de la formación profesional del psicólogo en Brasil para la actualidad en la salud pública. *Revista Panamericana de Salud Publica, 13*(5), 341-345. Recuperado de <http://journal.paho.org/uploads/1155581663.pdf>
- Dong, M., Anda, R. F., Dube, S. R., Giles, W. H., & Felitti, V. J. (2003). The relationship of exposure to childhood sexual abuse to other forms of abuse, neglect, and household dysfunction during childhood. *Child Abuse & Neglect, 27*(6), 625-639. doi:10.1016/S0145-2134(03)00105-4
- Elloy, D., & Patil, V. (2012). Exploring the Relationship between Organization-Based Self Esteem and Burnout: A Preliminary Analysis. *International Journal of Business and Social Science, 3*(9), 283–288. Recuperado de http://www.ijbssnet.com/journals/Vol_3_No_9_May_2012/34.pdf
- Fergus, L., & Keel, M. (2005). Adult victim/survivors of childhood sexual assault. *Violence Against Women, 1*, 1-6. Recuperado de <http://www.aifs.gov.au/acssa/pubs/wrap/w1.html>
- Fergusson, D. M., Boden, J. M., & Horwood, L. J. (2008). Exposure to childhood sexual and physical abuse and adjustment in early adulthood. *Child Abuse & Neglect, 32*(6), 607-19. doi:10.1016/j.chiabu.2006.12.018
- Fernet, C., Guay, F., & Senécal, C. (2004). Adjusting to job demands: The role of work self-determination and job control in predicting burnout. *Journal of Vocation Behavior, 65*, 39-56. doi: 10.1016/S0001-8791(03)00098-8

- Ferreira, M. C., & Assmar, E. M. L. (2008). Fontes ambientais de estresse ocupacional e *burnout*: Tendências tradicionais e recentes de investigação. In A. Tamayo (Ed.), *Estresse e Cultura Organizacional*. São Paulo: Caso do Psicólogo.
- Field, A. (2005). *Discovering Statistics Using SPSS*. 2nd Ed. London: Sage.
- Follette, V. M., Polusny, M. M., & Milbeck, K. (1994). Mental health and law enforcement professionals: trauma history, psychological symptoms, and impact of providing services to child sexual abuse survivors. *Professional Psychology, Research and Practice*, 25, 275-282. doi: 10.1037//0735-7028.25.3.275
- Freitas, C. P. P., & Habigzang, L. F. (*in press*). Percepções de psicólogos sobre a capacitação para intervenção com vítimas de violência sexual. *Psicologia Clínica*.
- Frayne, C. A., & Geringer, J. M. (2000). Self-management training for improving job performance: A field experiment involving salespeople. *Journal of Applied Psychology*, 85(3), 361-372. doi:10.1037//0021-9010.85.3.361
- Furniss, T. (1993). *Abuso sexual da criança: uma abordagem multidisciplinar*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Garavaglia, P. (1995). *Transfer of Training: Making Training Stick - Practical Guidelines for Training and development professionals*. Alexandria: American Society for Training and Development.
- Gil-Monte, P.R. (2005). *El síndrome de quemarse por el trabajo (burnout). Una enfermedad laboral en la sociedad del bienestar*. Madri: Pirâmide.
- Gomes, W. B. (1996). Pesquisa e ensino em psicologia: Articulações possíveis entre graduação e pós-graduação. In R. M. L. P. Carvalho (Ed.), *Repensando a formação do psicólogo: Da informação à descoberta* (pp. 33-50). Campinas: Editora Alínea.
- Gomes, R., Junqueira, M. F. P. S., Silva, C. O., & Junger, W. L. (2002). A abordagem dos maus-tratos contra a criança e o adolescente em uma unidade pública de saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, 7, 275-283. doi: 10.1590/S1413-81232002000200008
- Gonçalves, H. S., & Ferreira, A. L. (2002). A notificação da violência intrafamiliar contra crianças e adolescentes por profissionais de saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, 18(1), 315-319. doi:10.1590/S0102-311X2002000100032
- Griffin, M. L., Hogan, N. L., Lambert, E. G., Tucker-Gail, K. A., & Baker, D. N. (2009). Job involvement, job stress, job satisfaction, and organizational commitment and the burnout of correctional staff. *Criminal Justice and Behavior*, 37(2), 239-255. doi:10.1177/0093854809351682

- Grossman, R., & Salas, E. (2011). The transfer of training: What really matters. *International Journal of Training and Development*, 15(2), 103-120. doi:10.1111/j.1468-2419.2011.00373.x
- Habigzang, L. F. (2010). *Avaliação de impacto e processo de um modelo de grupoterapia cognitivo-comportamental para meninas vítimas de abuso sexual*. Tese de Doutorado não-publicada. Curso de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre.
- Habigzang, L. F., Azevedo, G. A., Koller, S. H., & Machado, P. X. (2006). Fatores de risco e de proteção na rede de atendimento a crianças e adolescentes vítimas de violência sexual. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 19(3), 379-386. doi: 10.1590/S0102-79722006000300006
- Habigzang, L. F., Damásio, B. F., Hohendorff, J. V., & Koller, S. H. (2011). Intersections between scientific research and public policies for sexual abuse. *International Society for the Study of Behavioural Development (ISSBD Buletin)*. Recuperado de http://www.issbd.org/resources/files/JBD_Nov11.pdf
- Habigzang, L. F., Damásio, B. F., & Koller, S. H. (2013). Impact Evaluation of a Cognitive Behavioral Group Therapy Model in Brazilian Sexually Abused Girls. *Journal of Child Sexual Abuse*, 22(2), 173-190. doi: 10.1080/10538712.2013.737445
- Habigzang, L. F. & Koller, S. H. (Eds.) (2011). *Intervenção psicológica para crianças e adolescentes vítimas de violência sexual: manual de capacitação para profissionais*. Porto Alegre: Casa do Psicólogo.
- Habigzang, L. F., Koller, S. H., Azevedo, G. A., & Machado, P. X. (2005). Abuso sexual infantil e dinâmica familiar: Aspectos observados em processos jurídicos. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 21(3), 341-348. doi: 10.1590/S0102-37722005000300011
- Habigzang, L. F., Ramos, M. S., & Koller, S. H. (2011). A revelação de abuso sexual: As medidas adotadas pela rede de apoio. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 27, 467-473. doi: 10.1590/S0102-37722005000300011
- Habigzang, L. F., Stroher, F., Hatzenberguer, R., Cunha, R. C., Ramos, M., & Koller, S. H. (2009). Grupoterapia cognitivo-comportamental para crianças e adolescentes vítimas de abuso sexual. *Revista de Saúde Pública*, 43, 70-78. doi: 10.1590/S0034-89102009000800011

- Hamblin, A. C. (1978). *Avaliação e controle do treinamento*. São Paulo: McGraw-Hill do Brasil.
- Hohendorff, J. V., Habigzang, L. F., & Koller, S. H. (*in press*). Descrição e Processo de Adaptação de um Modelo de Terapia Cognitivo-Comportamental para Meninos Vítimas de Violência Sexual. In A. P. Serafim (Ed.), *Temas em psiquiatria forense e psicologia jurídica III: Violência sexual*. São Paulo: Vetor Editora.
- Johnson, M., & Austin, M. J. (2008). Evidence-based practice in the social services: Implications for organizational change. *Journal of evidence-based social work*, 5(1-2), 239-269. Recuperado de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19064450>
- Kadambi, M. A., & Truscott, D. (2003). Vicarious traumatization and burnout among therapists working with sex offenders. *Traumatology*, 9(4), 216-230. doi:10.1177/153476560300900404
- Kadambi, M. A., & Truscott, D. (2004). Vicarious Trauma Among Therapists Working with Sexual Violence, Cancer, and General Practice. *Canadian Journal of Counselling*, 38(4), 260-276. Recuperado de <http://cjc.synergiesprairies.ca/cjc/index.php/rcc/article/view/261/579>
- Karasek, R. (1979). Job demand, job decision latitude, and mental strain: Implications for job redesign. *Administrative Science Quarterly*, 24, 285-308. doi: 10.2307/2392498
- Karasek, R. (1985). *Job Content Questionnaire user's guide*. Lowell: University of Massachusetts.
- Karasek, R., Baker, D., Marxer, F., Ahlbom, A., & Theorell, T. (1981). Job decision latitude, job demands, and cardiovascular disease: a prospective study of Swedish men. *American journal of public health*, 71(7), 694-705. Recuperado de www.pubmedcentral.nih.gov
- Karasek, R. A., Brisson, C., Kawakami, N., Houtman, I., Bongers, P., & Amick, B. (1998). The Job Content Questionnaire (JCQ): An instrument for internationally comparative assessments of psychosocial job characteristics. *Journal of Occupational Health Psychology*, 3(4), 322-55. Recuperado de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9805280>
- Kendall, P. C., & Beidas, R. S. (2007). Smoothing the trial for dissemination of evidence-based practices for youth: Flexibility within fidelity. *Professional Psychology Research and Practice*, 38(1), 13-20. doi: 10.1037/0735-7028.38.1.1

- Kirkpatrick, D. L. (1967). Evaluation of training. In R. L. Craig & L. R. Bittel (Eds.), *Training and development handbook* (pp. 87-112). New York: McGraw-Hill.
- Kontoghiorghes, C. (2004). Reconceptualizing the learning transfer conceptual framework: empirical validation of a new systemic model. *International Journal of Training and Development*, 8(3), 210-221. doi: 10.1111/j.1360-3736.2004.00209.x
- Lacerda, É. R. M. & Abbad, G. (2003). Impacto do treinamento no trabalho: investigando variáveis motivacionais e organizacionais como suas predictoras. *RAC. Revista de Administração Contemporânea*, 7(4), 77-96. doi:10.1590/S1415-6552003000400005
- Lamour, M. (1997). Os abusos sexuais em crianças pequenas: sedução, culpa, segredo. In M. Gabel (Ed.), *Crianças vítimas de abuso sexual*. São Paulo: Summus.
- Maslach, C. (2003). Job burnout: new directions in research and intervention. *Current Directions in Psychological Science*, 12(5), 189-192. doi:10.1111/1467-8721.01258
- Maslach, C., & Jackson, S. E. (1981). The measurement of experienced burnout. *Journal of Occupational Behavior*, 2, 99-113. doi: 10.1002/job.4030020205
- Maslach, C., & Leiter, M. P. (2008). Early predictors of job burnout and engagement. *Journal of Applied Psychology*, 93(3), 498 -512. doi:10.1037/0021-9010.93.3.498
- Maslach, C., Schaufeli, W. B., & Leiter, M. P. (2001). Job burnout. *Annual Review of Psychology*, 52, 397-422. doi:10.1146/annurev.psych.52.1.397
- Meijman, T. F., & Mulder, G. (1998). Psychological aspects of workload. In P. J. D. Drenth, & H. Thierry (Eds.), *Handbook of work and organizational psychology : Work psychology* (pp. 5–33). Hove: Psychology Press.
- Michaux, A. (2010). Integrating knowledge in service delivery-land: A view from The Benevolent Society. In G. Bammer, A. Michaux, & A. Sanson (Eds.), *Bridging the 'Know-Do' Gap - Knowledge brokering to improve child wellbeing* (pp. 21-36). Canberra: ANU E Press.
- Ministério da Saúde (2002). *Notificação de maus-tratos contra crianças e adolescentes pelos profissionais de saúde: Um passo a mais na cidadania em saúde*. Brasília: Secretaria de Assistência à Saúde.
- Ortiz Viveros, G. V., & Ortega Herrera, M. E. (2009). El síndrome de burnout en psicólogos y su relación con la sintomatología asociada al estrés. *Psicología y Salud*, 19(2), 207-214. Recuperado de <http://redalyc.uaemex.mx/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=29111986005>

- Pablos-Mendez, A., & Shademani, R. (2006). Knowledge translation in global health. *The Journal of Continuing Education in the Health Professions*, 26(1), 81-86. doi: 10.1002/chp.54
- Patton, M. Q. (1990). *Qualitative Evaluation and Research Methods*. (2nd ed). Newbury Park: Sage.
- Penso, M. A., Costa, F. L., Ribeiro, M. A., Almeida, T. M. C., & Oliveira, K. D. (2008). Profissionalização de psicólogos para atuação em casos de abuso sexual. *Psico*, 39(2), 211-218. Recuperado de <http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/revistapsico/article/view/1528>
- Pereda, N., Guilera, G., Forns, M., & Gómez-Benito, J. (2009). The international epidemiology of child sexual abuse: A continuation of Finkelhor (1994). *Child Abuse & Neglect*, 33(6), 331-42. doi:10.1016/j.chiabu.2008.07.007
- Pilati, R., & Abbad, G. (2005). Análise fatorial confirmatória da escala de impacto do treinamento no trabalho. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 21(1), 43-51. doi:10.1590/S0102-37722005000100007
- Pilati, R., & Borges-Andrade, J. E. (2004). Estudo empírico dos antecedentes de medidas de impacto do treinamento no trabalho. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 20(1), 31-38.
- Pires, A. L. D., & Miyazaki, M. C. O. S. (2005). Maus-tratos contra crianças e adolescentes: revisão da literatura para profissionais da saúde. *Arquivos de Ciências da Saúde*, 12(1), 42-49. Recuperado de <http://www.cienciasdasaude.famerp.br/Vol-12-1/08 - id 102.pdf>
- Rafferty, Y., Friend, R., & Landsbergis, P. A. (2001). The association between job skill discretion, decision authority and burnout. *Work & Stress*, 15(1), 73-85. doi:10.1080/02678370110064627
- Robson, C. (1993). *Real World Research*. Oxford: Blackwells.
- Rossi, P. H., Lipsey, M. W., & Freeman, H. E. (2004). *Evaluation: A systematic approach* (7th ed.). Thousand Oaks: Sage.
- Rupert, P. A. & Morgan, D. J. (2005). Work setting and burnout among professional psychologists. *Professional Psychology: Research and Practice*, 36(5), 544-550. doi: 10.1037/0735-7028.36.5.544

- Ryan, R. M., & Deci, E. L. (2000). Intrinsic and Extrinsic Motivations: Classic Definitions and New Directions. *Contemporary Educational Psychology*, 25, 54–67. doi:10.1006/ceps.1999.1020
- Sanderson, C. (2005). *Abuso sexual em crianças: fortalecendo pais e professores para proteger crianças de abusos sexuais*. São Paulo: M. Books do Brasil.
- Sanson, A. (2011). Building bridges between research and social policy: An Australian perspective. *International Society for the Study of Behavioural Development (ISSBD Buletin)*, 60(2), 2-6. Recuperado de http://www.issbd.org/resources/files/JBD_Nov11.pdf
- Sanson, A., & Stanley, F. (2010). Improving the wellbeing of Australian children and youth: The importance of bridging the know–do gap. In G. Bammer, A. Michaux, & A. Sanson (Eds.), *Bridging the 'Know–Do' Gap - Knowledge brokering to improve child wellbeing* (pp. 3-17). Canberra: ANU E Press.
- Santos, C., Pereira, K. W., & Carlotto, M. S. (2010). *Burnout em profissionais que trabalham no atendimento a vítimas de violência*. *Barbarói*, 32, 69-81. Recuperado de <http://online.unisc.br/seer/index.php/barbaroi/article/viewFile/1097/1086>
- Saywitz, K. J., Mannarino, A. P., Berliner, L., & Cohen, J. A. (2000). Treatment for sexually abused children and adolescents. *American Psychologist*, 55(9), 1040-1049. doi: 10.1037/0003-066X.55.9.1040
- Schaufeli, W. B., & Bakker, A. B. (2004). Job demands, job resources, and their relationship with burnout and engagement: a multi-sample study. *Journal of Organizational Behavior*, 25(3), 293–315. doi:10.1002/job.248
- Schaufeli, W. B., Taris, T. W., & van Rhenen, W. (2008). Workaholism, Burnout, and Work Engagement: Three of a Kind or Three Different Kinds of Employee Well-being? *Applied Psychology*, 57(2), 173–203. doi:10.1111/j.1464-0597.2007.00285.x
- Scheier, M. F., Carver, C. S., & Bridges, M. W. (1994). Distinguishing optimism from neuroticism (and trait anxiety, self-mastery, and self-esteem): A reevaluation of the Life Orientation Test. *Journal of Personality and Social Psychology*, 67(6), 1063–1078. doi:10.1037/0022-3514.67.6.1063
- Secretaria Nacional de Promoção dos Direitos da Criança e do Adolescente, Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República, Programa Nacional de Enfrentamento da Violência Sexual Contra Crianças e Adolescentes. (2010).

Relatório Disque Direitos Humanos: Módulo Criança e Adolescente. Brasília: Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República.

- Shapiro, J. P., Burkey, W. M., Dorman, R. L., & Welker, C. J. (1997). Job satisfaction and burnout in child abuse professionals: Measure development, factor analysis, and job characteristics. *Journal of Child Sexual Abuse*, 5(3), 21-38. doi: 10.1300/J070v05n03_02
- Shapiro, J. P., Dorman, R. L., Burkey, W. M., & Welker, C. J. (1999). Predictors of job satisfaction and burnout in child abuse professionals: Coping, cognition, and victimization history. *Journal of Child Sexual Abuse*, 7(4), 23-42. doi: 10.1300/J070v07n04_03
- Souza, L. K., McCarthy, S., & Gauer, G. (2012). Teaching psychology in South America. In S. McCarthy, K. L. Dickson, J. Cranney, A. Trapp, & V. Karandashev (Eds.), *Teaching Psychology around the World: Volume 3* (pp. 350-374). Newcastle: Cambridge Scholars Publishing.
- Spector, P., Chen, P. Y., & O'Connell, B. J. (2000). A longitudinal study of relations between job stressors and job strains while controlling for prior negative affectivity and strains. *Journal of Applied Psychology*, 85(2), 211-218. doi: 10.1037/0021-9010.85.2.211
- Stevens, M., & Higgins, D. J. (2002). The influence of risk and protective factors on burnout experienced by those who work with maltreated children. *Child Abuse Review*, 11(5), 313-331. doi: [10.1002/car.754](https://doi.org/10.1002/car.754)
- Tannenbaum, S. I., & Yulk, G. (1992). Training and development in work organizations. *Annual Review of Psychology*, 43, 399-441. doi: 10.1146/annurev.ps.43.020192.002151
- Van Beek, I., Hu, Q., Schaufeli, W. B., Taris, T. W., & Schreurs, B. H. J. (2012). For Fun, Love, or Money: What Drives Workaholic, Engaged, and Burned-Out Employees at Work? *Applied Psychology*, 61(1), 30-55. doi:10.1111/j.1464-0597.2011.00454.x
- Van der Doef, M., & Maes, S. (1999). The Job Demand-Control (Support) Model and psychological well-being: A review of 20 years of empirical research. *Work & stress*, 13(2), 87-114. doi: 10.1080/026783799296084

- Weisz, J. R., & Jensen, P. S. (1999). Efficacy and effectiveness of child and adolescent psychotherapy and pharmacotherapy. *Mental Health Services Research, 1*, 125–157. doi: 10.1023/A:1022321812352
- Weisz, J. R., Jensen-Doss, A., & Hawley, K. M. (2006). Evidence-based youth psychotherapies versus usual clinical care: A meta-analysis of direct comparisons. *American Psychologist, 61*(7), 671–689. doi: 10.1037/0003-066X.61.7.671
- World Health Organization. (2003). *Guidelines for medico-legal care for victims of sexual violence*. Geneva: World Health Organization. Recuperado de http://www.who.int/violence_injury_prevention/publications/violence/med_leg_guidelines/en/index.html
- World Health Organization. (2006). *Preventing Child Maltreatment: A guide to taking action and generating evidence*. Geneva: World Health Organization. Recuperado de http://www.who.int/topics/child_abuse/en/
- Xanthopoulou, D., Bakker, A. B., Demerouti, E., & Schaufeli, W. B. (2007). The role of personal resources in the job demands-resources model. *International Journal of Stress Management, 14*(2), 121. doi: 10.1037/1072-5245.14.2.121
- Zerbini, T., & Abbad, G. (2010). Qualificação profissional a distância: Avaliação da transferência de treinamento. *Paidéia, 20*(47), 313-323. doi:10.1590/S0103-863X2010000300004

ANEXOS**ANEXO A****Questionário Biossociodemográfico e Laboral**

Data: ____/____/____

Código do participante: _____

Dados para eventual contato:

Nome: _____

Endereço residencial: _____

Celular: _____ Telefone residencial: _____

Telefone profissional: _____

E-mail: _____

- 1) Sexo: Feminino Masculino
 - 2) Idade: _____ anos
 - 3) Orientação sexual: _____
 - 4) Estado civil: Solteiro Casado Viúvo
 - 5) Raça/etnia: _____
 - 6) Religião: _____
 - 7) Escolaridade: Qual a sua titulação completa mais alta?
 Nível Básico Nível Médio Superior (graduação) Pós-Graduação
 - 8) Em qual setor você trabalha? _____
 - 9) Onde trabalha: _____
 - 10) Tempo de trabalho no emprego atual: _____ anos e _____ meses
 - 11) Função: _____
 - 12) Tempo na função: _____ anos e _____ meses
 - 13) Carga horária semanal: _____ horas
 - 14) Turno(s) em que trabalha: diurno noturno
 - 15) Tipo de contrato de trabalho: _____
 - 16) Formação: _____
 - 17) Formação específica para o trabalho em Psicoterapia: _____
- _____
- _____
- _____
- _____
- _____

ANEXO B

Job Content Questionnaire – JCQ

(Karasek, 1985 adaptado por Araújo & Karasek, 2008)

Para as questões abaixo assinale a resposta que melhor corresponda a sua situação de trabalho. Às vezes nenhuma das opções de resposta corresponde exatamente a sua situação; neste caso escolha aquela que mais se aproxima de sua realidade.

1. Meu trabalho requer que eu aprenda conteúdos novos.
 Discordo fortemente Discordo Concordo Concordo fortemente
2. Meu trabalho envolve muita repetitividade.
 Discordo fortemente Discordo Concordo Concordo fortemente
3. Meu trabalho requer que eu seja criativo.
 Discordo fortemente Discordo Concordo Concordo fortemente
4. Meu trabalho permite que eu tome muitas decisões por conta própria.
 Discordo fortemente Discordo Concordo Concordo fortemente

5. Meu trabalho exige um alto nível de habilidade.
 Discordo fortemente Discordo Concordo Concordo fortemente
6. Em meu trabalho, eu tenho pouca liberdade para decidir como eu devo fazê-lo.
 Discordo fortemente Discordo Concordo Concordo fortemente
7. Em meu trabalho, posso fazer muitas coisas diferentes.
 Discordo fortemente Discordo Concordo Concordo fortemente
8. O que eu tenho a dizer sobre o que acontece no meu trabalho é levado em consideração.
 Discordo fortemente Discordo Concordo Concordo fortemente
9. Em meu trabalho, eu tenho a oportunidade de desenvolver minhas habilidades especiais.
 Discordo fortemente Discordo Concordo Concordo fortemente
10. Quantas pessoas estão em seu grupo de trabalho ou unidade/setor?
 Trabalho sozinho 2-5 pessoas 6-10 pessoas 10-20 pessoas
 20 ou mais pessoas
- 11.A. Eu exerço influência significativa sobre as decisões tomadas em meu grupo de trabalho/unidade.
 Discordo fortemente Discordo Concordo Concordo fortemente
- 11.B. Meu grupo de trabalho ou unidade toma decisões democraticamente.
 Trabalho sozinho Discordo fortemente Discordo Concordo
 Concordo fortemente
12. Em meu trabalho, existe a possibilidade de que minhas idéias sejam consideradas quanto às políticas da empresa (ex.: demissão, contratação, nível salarial, fechamento de setores, compra de novos equipamentos, entre outros).
 Discordo fortemente Discordo Concordo Concordo fortemente
13. Eu supervisiono outras pessoas como parte do meu trabalho.
 Não Sim, de 1-4 pessoas Sim, de 5-10 pessoas
 Sim, de 11-20 pessoas Sim, 20 pessoas ou mais
14. Eu sou membro de um sindicato ou associação de empregados.
 Sim Não
15. Meu sindicato ou associação de empregados exerce influência sobre as políticas adotadas pela empresa.
 Discordo fortemente Discordo Concordo Concordo fortemente
16. Eu exerço influência sobre as políticas do sindicato ou associação de empregados.
 Não sou um membro Discordo fortemente Discordo Concordo
 Concordo fortemente

17. Meu trabalho requer que eu trabalhe muito rapidamente.
 Discordo fortemente Discordo Concordo Concordo fortemente
18. Meu trabalho requer que eu trabalhe arduamente.
 Discordo fortemente Discordo Concordo Concordo fortemente
19. Meu trabalho exige muito esforço físico.
 Discordo fortemente Discordo Concordo Concordo fortemente
20. Eu não sou solicitado a realizar um volume excessivo de trabalho.
 Discordo fortemente Discordo Concordo Concordo fortemente
21. O tempo utilizado para a realização das minhas tarefas é suficiente.
 Discordo fortemente Discordo Concordo Concordo fortemente
22. Sou frequentemente solicitado a mover ou levantar cargas pesadas em meu trabalho.
 Discordo fortemente Discordo Concordo Concordo fortemente
23. Meu trabalho exige atividade física rápida e contínua.
 Discordo fortemente Discordo Concordo Concordo fortemente
24. Eu estou livre de demandas conflitantes feitas por outros.
 Discordo fortemente Discordo Concordo Concordo fortemente
25. Frequentemente, meu trabalho exige que eu mantenha meu corpo em posições fisicamente incômodas por longos períodos.
 Discordo fortemente Discordo Concordo Concordo fortemente
26. Meu trabalho exige que eu mantenha minha cabeça ou os meus braços em posições fisicamente incômodas por longos períodos.
 Discordo fortemente Discordo Concordo Concordo fortemente
27. Seu trabalho é (escolha uma das alternativas):
 Regular e estável Sazonal Temporário Temporário e Sazonal
 Outro
28. Minha estabilidade no emprego é boa.
 Discordo fortemente Discordo Concordo Concordo fortemente
29. Durante o ano passado, estive desempregado ou em trabalho temporário?
 Não Apenas uma vez Mais de uma vez Constantemente
 Está sem emprego
30. Algumas pessoas perdem permanentemente os empregos que gostariam de manter. Qual a possibilidade de, nos próximos 2 anos, eu vir a perder seu emprego atual?
 Muito improvável Pouco provável Provável Muito provável
31. As possibilidades de desenvolvimento em minha carreira e de promoções são boas.
 Discordo fortemente Discordo Concordo Concordo fortemente

32. Em 5 anos, minhas qualificações ainda continuarão válidas.
 Discordo fortemente Discordo Concordo Concordo fortemente
33. Meu supervisor preocupa-se com o bem-estar de seus subordinados.
 Discordo fortemente Discordo Concordo Concordo fortemente
34. Meu supervisor presta atenção às coisas que eu falo.
 Não tenho supervisor Discordo fortemente Discordo Concordo
 Concordo fortemente
35. Eu estou exposto(a) a conflito ou hostilidade por parte de meu supervisor.
 Não tenho supervisor Discordo fortemente Discordo Concordo
 Concordo fortemente
36. Meu supervisor me ajuda a fazer meu trabalho.
 Não tenho supervisor Discordo fortemente Discordo Concordo
 Concordo fortemente
37. Meu supervisor é bem sucedido ao promover o trabalho em equipe.
 Não tenho supervisor Discordo fortemente Discordo Concordo
 Concordo fortemente
38. As pessoas com quem trabalho são competentes na realização de suas atividades.
 Discordo fortemente Discordo Concordo Concordo fortemente
39. As pessoas com quem eu trabalho se interessam pelo que acontece comigo.
 Discordo fortemente Discordo Concordo Concordo fortemente
40. Eu estou exposto(a) a conflitos ou hostilidade por parte das pessoas com quem trabalho.
 Discordo fortemente Discordo Concordo Concordo fortemente
41. As pessoas em meu ambiente de trabalho são amigáveis.
 Discordo fortemente Discordo Concordo Concordo fortemente
42. As pessoas com quem trabalho encorajam umas às outras a trabalharem juntas.
 Discordo fortemente Discordo Concordo Concordo fortemente
43. As pessoas com quem trabalho são colaborativas na realização das atividades.
 Discordo fortemente Discordo Concordo Concordo fortemente
44. O nível de qualificação requerido para meu trabalho em termos de treinamento formal é: (Este pode não necessariamente ser equivalente ao nível educacional adquirido por você).
 Ensino Fundamental I (até o primário)
 Ensino Fundamental II (até a oitava série)
 Ensino médio (segundo grau, escola técnica ou profissionalizante)
 Nível superior incompleto
 Nível superior completo
 Pós- Graduação

ANEXO C

Maslach Burnout Inventory (Maslach & Jackson, 1981, adaptado por Lautert, 1995)
 Por favor, leia com atenção as questões a seguir e marque com um **X** a opção que melhor reflete a sua resposta. Preste atenção para não deixar nenhuma questão sem resposta. Muito Obrigado!

ATENÇÃO

(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
Nunca	Raramente	Algumas vezes	Frequentemente	Sempre

1. Eu me sinto emocionalmente exausto pelo meu trabalho.	1	2	3	4	5
2. Eu me sinto esgotado ao final de um dia de trabalho.	1	2	3	4	5
3. Eu me sinto cansado quando me levanto de manhã e tenho que encarar outro dia de trabalho.	1	2	3	4	5
4. Eu posso entender facilmente o que sentem as pessoas que tenho que atender acerca das coisas que acontecem no dia a dia.	1	2	3	4	5
5. Eu sinto que trato algumas das pessoas que tenho que atender como se fossem objetos.	1	2	3	4	5
6. Trabalhar com pessoas o dia inteiro é realmente um grande esforço para mim.	1	2	3	4	5
7. Eu trato de forma adequada os problemas das	1	2	3	4	5

8. Eu me sinto esgotado com meu trabalho.	1	2	3	4	5
9. Eu sinto que estou influenciando positivamente a vida das pessoas desde que comecei este trabalho.	1	2	3	4	5
10. Eu sinto que me tornei mais insensível com as pessoas desde que comecei este trabalho.	1	2	3	4	5
11. Eu sinto que este trabalho está me endurecendo emocionalmente.	1	2	3	4	5
12. Eu me sinto muito cheio de energia.	1	2	3	4	5
13. Eu me sinto frustrado com o meu trabalho.	1	2	3	4	5
14. Eu sinto que estou trabalhando demais no meu emprego.	1	2	3	4	5
15. Eu não me importo realmente com o que acontece com algumas das pessoas que tenho que atender.	1	2	3	4	5
16. Trabalhar diretamente com pessoas me deixa muito estressado.	1	2	3	4	5
17. Eu posso criar facilmente um ambiente tranquilo com as pessoas que tenho que atender.	1	2	3	4	5
18. Eu me sinto estimulado depois de trabalhar lado a lado com as pessoas que atendo.	1	2	3	4	5
19. Eu tenho realizado muitas coisas importantes neste trabalho.	1	2	3	4	5
20. No meu trabalho, eu me sinto como se estivesse no final do meu limite.	1	2	3	4	5
21. No meu trabalho, eu lido com os problemas emocionais com calma.	1	2	3	4	5
22. Eu sinto que as pessoas que atendo me culpam por alguns de seus problemas.	1	2	3	4	5

ANEXO D
Escala de Transferência de Aprendizagem (ETA)

1) Por favor, leia com atenção as questões a seguir e marque com um **X** a opção que melhor reflete a sua resposta. Preste atenção para não deixar nenhuma questão sem resposta. Muito Obrigado!

ATENÇÃO use a escala a seguir

(1) Discordo fortemente	(2) Discordo	(3) Não concordo nem discordo	(4) Concordo	(5) Concordo fortemente
1) Eu tenho colocado em prática os conhecimentos que foram adquiridos durante a capacitação.				
1	2	3	4	5
2) Eu identifico situações no meu trabalho em que a aplicação do conteúdo e das técnicas que aprendi na capacitação é útil.				
1	2	3	4	5
3) Percebo que os conteúdos e as técnicas que aprendi na capacitação melhoraram o meu desempenho profissional.				
1	2	3	4	5
4) No meu trabalho eu tenho tempo e condições satisfatórias para aplicar o conteúdo e as técnicas que aprendi na capacitação.				
1	2	3	4	5
5) A experiência da capacitação fez com que eu mudasse a forma que eu desenvolvo as minhas atividades profissionais.				
1	2	3	4	5
6) Durante a capacitação, desenvolvi habilidades para identificar situações de risco de violência sexual contra crianças e adolescentes na minha prática profissional.				
1	2	3	4	5
7) Durante a capacitação, desenvolvi habilidades para realizar a avaliação de crianças e adolescentes vítimas de violência sexual na minha prática profissional.				
1	2	3	4	5
8) Durante a capacitação, desenvolvi habilidades para aplicar testes psicológicos durante a avaliação de crianças e adolescentes vítimas de violência sexual na minha prática profissional.				
1	2	3	4	5
9) Durante a capacitação, desenvolvi habilidades para aplicar o modelo de grupoterapia cognitivo-comportamental para vítimas de violência sexual na minha prática profissional.				
1	2	3	4	5
10) Os temas referentes à violência sexual contra crianças e adolescentes que aprendi na capacitação me ajudam a enfrentar dificuldades no meu trabalho.				
1	2	3	4	5
11) O método de avaliação de vítimas de violência sexual que aprendi na capacitação me ajuda a enfrentar dificuldades no meu trabalho.				
1	2	3	4	5
12) Os testes psicológicos que aprendi a aplicar na capacitação me ajudam a enfrentar dificuldades no meu trabalho.				
1	2	3	4	5

13) O modelo de grupoterapia cognitivo-comportamental que aprendi na capacitação me ajuda a enfrentar dificuldades no meu trabalho.	1	2	3	4	5
14) Tenho utilizado os conteúdos referentes à violência sexual contra crianças e adolescentes que aprendi na capacitação na minha prática profissional.	1	2	3	4	5
15) Tenho utilizado o método de avaliação de vítimas de violência sexual que aprendi na capacitação na minha prática profissional.	1	2	3	4	5
16) Tenho utilizado os testes psicológicos que aprendi na capacitação na minha prática profissional.	1	2	3	4	5
17) Tenho utilizado o modelo de grupoterapia cognitivo-comportamental para vítimas de violência sexual que aprendi na capacitação na minha prática profissional.	1	2	3	4	5

ANEXO E

Escala de Impacto do Treinamento no Trabalho (Abbad, 1999)

Por favor, leia com atenção as questões a seguir e marque com um **X** a opção que melhor reflete a sua resposta. Preste atenção para não deixar nenhuma questão sem resposta. Muito Obrigado!

(1) Discordo totalmente	(2) Discordo parcialmente	(3) Não concordo nem discordo	(4) Concordo parcialmente	(5) Concordo totalmente	
1. Utilizo, com frequência, em meu trabalho atual, o que foi ensinado no treinamento.	1	2	3	4	5
2. Aproveito as oportunidades que tenho para colocar em prática o que me foi ensinado em treinamento.	1	2	3	4	5
3. As habilidades que aprendi no treinamento fizeram com que eu cometesse menos erros, em meu trabalho, em atividades relacionadas ao conteúdo do treinamento.	1	2	3	4	5
4. Recordo-me bem dos conteúdos ensinados no treinamento.	1	2	3	4	5
5. Quando aplico o que aprendi no treinamento, executo meu trabalho com maior rapidez.	1	2	3	4	5
6. A qualidade do meu trabalho melhorou nas atividades diretamente relacionadas ao conteúdo do treinamento.	1	2	3	4	5
7. A qualidade do meu trabalho melhorou mesmo naquelas atividades que não pareciam estar relacionadas ao conteúdo do treinamento.	1	2	3	4	5
8. Minha participação no treinamento serviu para aumentar minha motivação para o trabalho.	1	2	3	4	5
9. Minha participação nesse treinamento aumentou minha autoconfiança (Agora tenho mais confiança na minha capacidade de executar meu trabalho com sucesso).	1	2	3	4	5
10. Após minha participação no treinamento, tenho sugerido, com mais frequência, mudanças nas rotinas de trabalho.	1	2	3	4	5
11. Esse treinamento que fiz tornou-me mais receptivo a mudanças no trabalho.	1	2	3	4	5
12. O treinamento que fiz beneficiou meus colegas de trabalho, que aprenderam comigo algumas novas habilidades.	1	2	3	4	5

ANEXO F
Aprovação do Projeto Avaliação de Programa de Capacitação Profissional para
Intervenção Psicológica com Crianças e Adolescentes Vítimas de Violência Sexual pelo
Comitê de Ética



HOSPITAL N. S. DA CONCEIÇÃO S.A.
 Av. Francisco Trein, 596
 CEP: 91350-205 - Porto Alegre - RS
 Fone: 3357 2000
 CNPJ: 92.787.118/0001-20

HOSPITAL DA CRIANÇA CONCEIÇÃO
 (Unidade Pediátrica do Hospital Nossa
 Senhora da Conceição S.A.)

HOSPITAL CRISTO REDENTOR S.A.
 Rua Domingos Ruboo, 20
 CEP: 91040-003 - Porto Alegre - RS
 Fone: 3357 4100
 CNPJ: 92.787.126/0001-76

HOSPITAL FÉMINA S.A.
 Rua Mozardero, 17
 CEP: 91430-001 - Porto Alegre - RS
 Fone: 3314 5200
 CNPJ: 92.893.134/0001-63



Vinculados ao Ministério da Saúde - Decreto nº 99.244/90

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA - CEP/GHC

O Comitê de Ética em Pesquisa do Grupo Hospitalar Conceição (CEP/GHC), que é reconhecido pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP)/MS desde 31/10/1997, pelo Office For Human Research Protections (OHRP)/USDHHS, como Institutional Review Board (IRB0001105) e pelo FWA - Federalwide Assurance (FWA 00000378), em 10 de maio de 2010, reavaliou o estudo apreciado em reunião extraordinária realizada em 23 de abril de 2010, referente ao seguinte projeto de pesquisa:

Projeto: 10-016

Versão do Projeto:

Versão do TCLE:

Pesquisadores:

BRUNO FIGUEIREDO

LUIZA FERNANDA HABIZANG

SÍLVIA HELENA KOLLER

Título: Avaliação de Programa de Capacitação Profissional e de intervenção psicológica para crianças e adolescentes vítimas de violência sexual.

Documentação: Aprovados

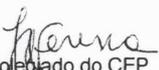
Aspectos Metodológicos: Aprovados

Aspectos Éticos: Aprovados

Parecer final: Este projeto, bem como o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, por estar de acordo com as Diretrizes e Normas Internacionais e Nacionais especialmente as Resoluções 196/96 e complementares do Conselho Nacional de Saúde, obteve o parecer de APROVADO.

Considerações Finais: Toda e qualquer alteração do projeto, deverá ser comunicada imediatamente ao CEP/GHC, bem como os Eventos Adversos ocorridos. O Pesquisador compromete-se a encaminhar dentro dos prazos estipulados, o(s) relatório(s) parcial(ais) e/ou final ao Comitê de Ética em Pesquisa do Grupo Hospitalar Conceição e ao Centro de Resultado onde a pesquisa for desenvolvida.

Porto Alegre, 14 de maio de 2010.


 Colegiado do CEP
 Secretaria Executiva

ANEXO G
Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Pesquisa: Avaliação de uma Tecnologia Social Aplicada a Profissionais que Trabalham com Crianças e Adolescentes Vítimas de Violência Sexual
Coordenação: A pesquisa é coordenada pela Psicóloga Sílvia Helena Koller.

1. Natureza da pesquisa: O objetivo da pesquisa é avaliar uma Tecnologia Social Aplicada a Profissionais que Trabalham com Crianças e Adolescentes Vítimas de Violência Sexual por meio da avaliação do impacto do treinamento, dos níveis de transferência de treinamento, dos índices bem-estar psicológico e os riscos psicossociais destes profissionais.

2. Participantes da pesquisa: Participarão da pesquisa profissionais que trabalham em órgãos públicos de proteção aos direitos infanto-juvenis e que atendem crianças e adolescentes vítimas de violência sexual.

3. Envolvimento na pesquisa: Os profissionais que participarem dessa pesquisa serão avaliados em três tempos distintos, a saber: no momento atual em que respondem ao questionário, no período de quatro meses e oito meses. Os instrumentos a serem aplicados referem-se aos questionários que visam a levantar informações sobre o impacto da demanda da ocupação/função nestes profissionais. De acordo com os preceitos éticos da Resolução n. 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, os profissionais têm a liberdade de se recusarem a participar e podem ainda interromper sua participação em qualquer fase da pesquisa, sem qualquer prejuízo para eles. Os participantes poderão pedir mais informações sobre a pesquisa. Ainda, poderão entrar em contato com as coordenadoras da pesquisa Clarissa Pinto Pizarro de Freitas e Sílvia H. Koller através do telefone (51) 33085150.

4. Riscos e desconforto: Os procedimentos utilizados nessa pesquisa não oferecem risco à integridade física, psíquica e moral dos participantes. Também, nenhum dos procedimentos utilizados oferece riscos à sua dignidade.

5. Confidencialidade: Todas as informações coletadas nesse estudo são estritamente confidenciais. Apenas os membros do grupo de pesquisa terão conhecimento dos dados. É garantido sigilo acerca da identificação do participante.

6. Pagamento: Os participantes não terão despesas ao participar dessa pesquisa, e nada será pago por sua participação.

Tendo em vista os itens acima apresentados, eu, de forma livre e esclarecida, manifesto meu interesse em participar da pesquisa.

Assinatura da participante

Sílvia Helena Koller
Coordenadora da pesquisa

ANEXO H

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Versão *online*)

Pesquisa: Avaliação das Condições de Trabalho dos Profissionais que Atuam na Rede de Proteção a Crianças e Adolescentes Vítimas de Violência Sexual
Coordenação: A pesquisa é coordenada pela Psicóloga Sílvia Helena Koller.

1. Natureza da pesquisa: O objetivo da pesquisa é avaliar as condições de trabalho dos profissionais que atuam na rede de proteção de crianças e adolescentes vítimas de violência sexual por meio da avaliação dos índices bem-estar psicológico e os riscos psicossociais destes profissionais.

2. Participantes da pesquisa: Participarão da pesquisa profissionais que trabalham em órgãos públicos de proteção aos direitos infanto-juvenis e que atendem crianças e adolescentes vítimas de violência sexual.

3. Envolvimento na pesquisa: Os profissionais que participarem dessa pesquisa serão avaliados em três tempos distintos, a saber: no momento atual em que respondem ao questionário, no período de quatro meses e oito meses. Este procedimento nos possibilitará compreender diferenças nas respostas obtidas nos três momentos de aplicação. De acordo com os preceitos éticos da Resolução n. 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, os profissionais têm a liberdade de se recusarem a participar e podem ainda interromper sua participação em qualquer fase da pesquisa, sem qualquer prejuízo para eles. Os participantes poderão pedir mais informações sobre a pesquisa. Ainda, poderão entrar em contato com as coordenadoras da pesquisa Clarissa Pinto Pizarro de Freitas e Sílvia H. Koller através do telefone (51) 33085150.

4. Riscos e desconforto: Os procedimentos utilizados nessa pesquisa não oferecem risco à integridade física, psíquica e moral dos participantes. Também, nenhum dos procedimentos utilizados oferece riscos à sua dignidade.

5. Confidencialidade: Todas as informações coletadas nesse estudo são estritamente confidenciais. Apenas os membros do grupo de pesquisa terão conhecimento dos dados. É garantido sigilo acerca da identificação do participante.

6. Pagamento: Os participantes não terão despesas ao participar dessa pesquisa, e nada será pago por sua participação.

Tendo em vista os itens acima apresentados, eu, de forma livre e esclarecida, manifesto meu interesse em participar da pesquisa.

1. Você aceita participar desta pesquisa?

- Aceito participar da pesquisa.
- Não aceito participar da pesquisa.

ANEXO I

Descrição das Sessões de Grupos de Terapia Cognitivo-Comportamental para Meninas
Vítimas de Violência Sexual (Habigzang, 2010)

Etapa	Sessão	Atividades
Etapa 1	1 ^a .	<ul style="list-style-type: none"> - Dinâmica de grupo que favoreça a apresentação das participantes: entrevistas em duplas e apresentação para o grupo; - Dinâmica de grupo para desenvolver a confiança. Dispositivo: técnica da caminhada em duplas com olhos vendados; - Estabelecimento do contrato terapêutico (combinações sobre horários, frequência, duração); - Discussão sobre a identidade do grupo; - Mapeamento das expectativas das participantes. Dispositivo: construção de um painel; - Discussão e estabelecimentos dos objetivos do grupo;
	2 ^a	<ul style="list-style-type: none"> - Apresentação e discussão do documentário “Canto de Cicatriz”; - Relato da Experiência de violência sexual de cada participante; - Isenção da Culpa; - Abordar terapeuticamente o impacto afetivo da revelação no grupo;
	3 ^a	<ul style="list-style-type: none"> - Abordagem das reações da família e demais pessoas significativas depois da revelação e construção de mapeamento das possíveis mudanças na configuração familiar; - Reestruturação cognitiva de crenças relacionadas à culpa e vergonha (construção de cartões com explicações alternativas à violência que desculpabilize as participantes)
	4 ^a	<ul style="list-style-type: none"> - Psicoeducação quanto ao modelo cognitivo-comportamental (TCC) - Abordagem de estados emocionais. Dispositivo: jogo das emoções; - Abordagem terapêutica dos sentimentos com relação ao abusador. Dispositivo: construção do abusador com massa de modelar e role-play entre cada participante com o abusador; - Monitoramento: registro de situações-problema e sentimentos identificados;
	5 ^a	<ul style="list-style-type: none"> - Discussão dos monitoramentos; - Psicoeducação quanto ao modelo da TCC – Abordagem dos pensamentos e reações fisiológicas e suas relações com as emoções; - Identificação de pensamentos (triade cognitiva) e reestruturação cognitiva de pensamentos disfuncionais; - Identificação de diferentes reações fisiológicas e aprendizagem de técnicas de relaxamento muscular e de respiração; - Monitoramento: registro de situações-problema, pensamentos, reações fisiológicas e sentimentos relacionados;
	6 ^a	<ul style="list-style-type: none"> - Discussão dos monitoramentos; - Psicoeducação quanto ao modelo da TCC – Abordagem dos comportamentos e relação com pensamentos, sentimentos e reações fisiológicas; - Mapeamento de mudanças de comportamentos, pensamentos e sentimentos decorrentes das experiências abusivas; - Psicoeducação quanto ao problema (estabelecimento de relações entre violência/trauma e as mudanças identificadas no mapeamento);

Etapa 1	6 ^a	- Construção de histórias em quadrinhos, a partir do monitoramento para integrar o modelo cognitivo-comportamental;
Etapa 2	7 ^a	- Treino de inoculação de estresse (TIE) – Apresentação gradual das situações abusivas através do relato escrito e oral; - Reestruturação cognitiva das memórias traumáticas – Treino de auto-instrução;
	8 ^a	- Relato mais detalhado da violência sexual; - Mapeamento da frequência e intensidade das lembranças da violência sexual e dos eventos desencadeadores destas lembranças; - Treino de relaxamento muscular e de respiração;
	9 ^a	- Relato mais detalhado da violência sexual e técnica de substituição de imagens positivas e negativas (gavetas da memória);
	10 ^a	- Relato do pior momento da violência sexual; - Construção do “botão de emergência” com estratégias cognitivas e comportamentais para lidar com lembranças intrusivas da violência;
Etapa 3	11 ^a	- Oficina de educação sexual, na qual são abordadas questões referentes ao auto-cuidado, mudanças físicas da puberdade e métodos contraceptivos;
	12 ^a	- Oficina de expressão corporal;
	13 ^a	- Oficina sobre Estatuto da Criança e do Adolescente, através da apresentação e discussão do vídeo ‘Estatuto do Futuro’; - Esclarecimento sobre audiências;
	14 ^a	- Treino de habilidades sociais focadas em medidas protetivas (identificação de situações de risco e ensaio cognitivo e comportamental de estratégias de proteção contra futuras revitimizações); - Escolha de adulto-referência para solicitar ajuda em situações de risco;
	15 ^a	- Retomada das estratégias cognitivas e comportamentais aprendidas no contexto grupal; - Abordagem das perspectivas com relação ao futuro das participantes e reestruturação de possíveis crenças distorcidas;
	16 ^a	- Auto-avaliação através de registro escrito das mudanças percebidas antes e depois da grupoterapia; - Festa de encerramento da grupoterapia;