

 <p>ESCOLA DE CIÊNCIAS DA SAÚDE E DA VIDA</p>	<p>PSICO</p> <p>Psico, Porto Alegre, v. 53, n. 1, p. 1-13, jan.-dez. 2022 e-ISSN: 1980-8623 ISSN-L: 0103-5371</p>
<p> http://dx.doi.org/10.15448/1980-8623.2022.1.38930</p>	

SEÇÃO: ARTIGO

Atitudes e tomada de decisão de profissionais na avaliação de situações de abuso sexual

Professional attitudes and decision making in assessing child sexual abuse

Actitudes profesionales y toma de decisiones en la evaluación de abuso sexual

Marck de Souza Torres¹

orcid.org/0000-0002-0717-982X
marcktorres@ufam.edu.br

Clarissa Pinto Pizarro de Freitas²

orcid.org/0000-0002-2274-8728
freitas.cpp@gmail.com

Luísa Fernanda

Habigzang³

orcid.org/0000-0002-0262-0356
habigzang.luisa@gmail.com

Recebido em: 22 ago. 2020.

Aprovado em: 12 maio 2021.

Publicado em: 7 nov. 2022.

Resumo: O objetivo deste trabalho foi caracterizar as atitudes dos profissionais que atuam na rede de proteção em relação à avaliação de casos de abuso sexual (AS) e investigar relações com os níveis de autoeficácia ocupacional, tomada de decisão, características sociodemográficas e laborais. Participaram do estudo 165 trabalhadores, 86% do sexo feminino, com idade média de 37,6 anos ($DP = 10,1$ anos). A análise de rede apontou que a atitude denominada especificidade regula as atitudes de sensibilidade e ceticismo. A autoeficácia ocupacional não se relacionou com nenhuma variável e a tomada de decisão apresentou correlação negativa com a atitude sensibilidade. A idade apresentou correlação negativa com a atitude sensibilidade. Profissionais que atuaram na área jurídica apresentaram maiores níveis de medo de não identificar o abuso em comparação aos profissionais da Saúde. Os resultados indicam a necessidade de investimento em treinamentos efetivos para adoção de práticas baseadas em evidências em para atuação nos diferentes setores da rede de proteção e atendimento, bem como importância de supervisão de casos para adequada identificação, notificação e encaminhamentos.

Palavras-chave: atitude, autoeficácia ocupacional, tomada de decisão, abuso sexual

Abstract: The objective of this work was to characterize the attitudes of professionals working in the welfare system in cases of sexual abuse and to investigate relationships with the levels of occupational self-efficacy, decision making, sociodemographic and labor characteristics. The study included 165 workers, 86% female, with a mean age of 37.6 years ($SD = 10.1$ years). The network analysis pointed out that the specificity attitude regulates the attitudes of sensitivity and skepticism. Occupational self-efficacy was not related to any variable and decision making showed a negative correlation with the sensitivity attitude. Age showed a negative correlation with the attitude of sensitivity. Professionals who worked in the legal field had higher levels of fear of not identifying abuse compared to health professionals. The results indicate the need to invest in effective training for the adoption of evidence-based practices in order to act in the different sectors of the protection and care network, as well as the importance of supervising cases for proper identification, notification and referrals.

Keywords: attitudes, occupational self-efficacy, decision making, sexual violence

Resumen: El objetivo de este trabajo fue caracterizar las actitudes de los profesionales que trabajan en el sistema de bienestar en casos de abuso sexual e investigar las relaciones con los niveles de autoeficacia ocupacional, toma de decisiones, características sociodemográficas y laborales. El estudio incluyó a 165 trabajadores, 86% mujeres, con una edad media de 37,6 años ($DE = 10,1$ años). El análisis de la red señaló que la actitud de especificidad regula las actitudes de sensibilidad y escepticismo. La autoeficacia ocupacional no se relacionó con ninguna variable y la toma de decisiones mostró una correlación negativa con la actitud de sensibilidad. La edad mostró una correlación negativa con la actitud de sensibilidad. Los profesionales que trabajaban en el campo legal tenían



Artigo está licenciado sob forma de uma licença
[Creative Commons Atribuição 4.0 Internacional](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/)

¹ Universidade Federal do Amazonas (UFAM), Manaus, AM, Brasil

² Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro (PUC-RIO), Rio de Janeiro, RJ, Brasil.

³ Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUCRS), Porto Alegre, RS, Brasil.

niveles más altos de miedo a no identificar el abuso en comparación con los profesionales de la salud. Los resultados indican la necesidad de invertir en capacitación efectiva para adoptar prácticas basadas en evidencia para trabajar en los diferentes sectores de la red de protección y atención, así como la importancia de supervisar los casos para su adecuada identificación, notificación y derivación.

Palabras clave: actitudes, autoeficacia ocupacional, toma de decisiones, violencia sexual

O abuso sexual (AS) contra crianças e adolescentes é um problema de saúde pública, evidenciado pela desigualdade de poder entre vítima e agressor(a), devido à diferença de idade, força física ou relação de responsabilidade ou confiança. Tal atividade está destinada a satisfazer as necessidades do(a) agressor(a) que pode usar de coerção física, ameaça ou indução para engajar a criança ou adolescente nas práticas abusivas (Ministério da Saúde, 2002). Desta forma, a Organização Mundial de Saúde (OMS, 2007) indica que os profissionais envolvidos no cuidado das crianças têm a responsabilidade de garantir que essas cresçam em ambientes saudáveis, com dignidade e livres de abuso.

Os profissionais que atuam em situações de AS relatam falta de formação para intervenção baseada em evidência, alta demanda de trabalho, dificuldades de resolução das situações de AS pela falta de articulação da rede de proteção e atendimento de vítimas (Faraj et al., 2016). No contexto judiciário percebem-se falhas na construção de espaço protetivo para crianças e adolescentes, pois há dificuldades na resolutividade dos casos e baixos índices de responsabilização dos agressores (Silva & Alberto, 2019). Além disso, observa-se também que os profissionais que lidam com situações de AS apresentam discordâncias nas avaliações dos casos (Everson & Sandoval, 2011; Pelisoli & Dell'Aglio, 2016).

Na área forense as atitudes dos profissionais influenciam na tomada de decisão sobre casos de abuso sexual infantil. Everson e Sandoval (2011) elaboraram uma escala que avalia as atitudes forenses a partir de três dimensões:

1. "Medo de Não Identificar o Abuso" (*Fear of Undercalling Abuse*), que se relaciona à sensibilidade, ou seja, à capacidade do profissional em acreditar na situação de violência, com uma

atitude pró-vítima, com foco na revelação e na utilização do relato da vítima para embasar sua tomada de decisão.

2. "Medo de Realizar uma Identificação Falsa do Abuso" (*Fear of Overcalling Abuse*), que se refere à especificidade caracterizada como uma atitude profissional baseada exclusivamente em provas objetivas (e.g., exame médico, depoimento da vítima, relatório profissional de entrevista de revelação) do AS, de forma que essa atitude favorece a objetividade dos fatos, com uma preferência em cometer erros em favor do réu, com foco na minimização de falsos positivos.

3. Atitude de ceticismo, que é definida como crenças sobre a veracidade das alegações de abuso sexual de crianças e adolescentes (Al Saif et al., 2017; Everson & Sandoval, 2011).

As atitudes dos profissionais na avaliação dos casos de abuso sexual são influenciadas por diferentes fatores, como a autoeficácia. A autoeficácia ocupacional pode ser definida como as crenças pessoais e capacidades que o profissional possui para realizar suas atividades laborais (Freitas et al., 2016). Avaliar os índices de autoeficácia dos profissionais da Rede de Proteção pode contribuir na promoção de serviços de maior qualidade às vítimas de AS. Além disso, o papel da autoeficácia ocupacional enquanto um recurso do trabalho e motivador do envolvimento do profissional demonstra que essa tem o potencial de contribuir para que os profissionais avaliem casos de AS de forma adequada.

Outro fator associado ao processo de avaliação das vítimas de abuso sexual é a tomada de decisão. A tomada de decisão refere-se aos processos de escolhas entre possibilidades, das quais espera-se diferentes consequências. É constituída por processos intuitivos (i.e., emocionais), analíticos (i.e., deliberativos), e homeostático do sujeito. A tomada de decisão é cotidiana, envolve fatores complexos (i.e., miríade de processos neurais, psicológicos), envolve ganhos subjetivos (i.e., utilidade econômica), equilíbrio entre oferta e demanda, aprendizagem ou experiência (i.e., atitudes e memórias de decisões anteriores) e leis de controle ótimo (i.e., custo funcional) (Lee

& Harris, 2013).

Observa-se que, ao desenvolver os processos de tomada de decisão, os indivíduos utilizam valores subjetivos, ao invés de objetivos. Desta forma, compreendeu-se que os julgamentos e a tomada de decisão são influenciados pelas heurísticas definidas como mecanismos (atalhos) cognitivos que auxiliam os sujeitos, reduzindo tempo e esforço para tomada de decisão (Tonetto et al., 2006).

As heurísticas podem ser compreendidas de três maneiras: (a) ancoragem se caracteriza pela influência de determinado estímulo sobre outro, de modo, a utilizar certos estímulos como linhas de base (âncoras) para pressupor, inferir ou comparar; (b) disponibilidade refere-se à tendência de superestimar a probabilidade de um evento não frequente ocorrer com base na facilidade de cogitar a possibilidade de sua ocorrência; e (c) representatividade é a generalização sobre a estimativa de eventos de determinado grupo, com objetivo de prever desfechos a partir de descrições gerais, não considerando as possíveis variações. A crença nas características gerais acaba por causar ilusão de validade (Tonetto et al., 2006).

Achados similares foram encontrados em um estudo sobre a tomada de decisão com psicólogos que trabalham com situações de AS no Brasil. Foi observado que o processo de tomada de decisão na avaliação do caso de abuso sexual não esteve relacionado à idade, ao gênero, ao tempo de formação e ao tempo de prática dos profissionais. Além disso, os psicólogos apresentaram divergências sobre como compreendem os dados do caso de AS avaliado (Pelisoli & Dell'Aglío, 2016).

Tendo em vista a complexidade das avaliações de casos de suspeita de AS contra crianças e adolescentes, o presente estudo investigou as relações das atitudes dos profissionais no processo de avaliação de AS com os níveis de autoeficácia ocupacional e a tomada de decisão em casos de AS. Além disso, buscou-se investigar se essas associações eram influenciadas pelas características sociodemográficas (sexo e idade) e

laborais dos profissionais (escolaridade, setor de atuação e tempo de trabalho) dos profissionais.

Método

Participantes

A amostra foi por conveniência e constituída por 165 profissionais, 86% do sexo feminino e 14% do sexo masculino, com idade entre 23 e 69 anos ($M = 37,6$ anos; $DP = 10,1$ anos). A participação foi voluntária e anônima. Entre os participantes, 71,1% eram psicólogos, 20,9% assistentes sociais, 1,7% médicos, 0,6% advogados, 0,6% enfermeiros, e 4,5% tinham outra profissão. Do total da amostra, 46,3% possuíam especialização *lato sensu*, 28,2% tinham grau de bacharel, 16,4% mestrado, 7,3% doutorado e 1,7% pós-doutorado. A amostra foi composta por participantes das cinco regiões brasileiras, sendo 44,6% do Norte, 23,7% do Centro-Oeste, 16,9% do Sul, 9% do Nordeste e 5,6% do Sudeste. Entre os participantes, 32,2% tinham especialização para atuar com vítimas de abuso sexual. Os profissionais trabalhavam em média 31,7 horas ($DP = 12,6$ horas) horas semanais e a média de tempo de trabalho foi de 7,6 anos ($DP = 7,6$, variando de 1 ano a 41 anos). Com relação às áreas de atuação dos profissionais, 6,8% eram da Segurança Pública, 26,6% da Justiça, 27,7% da Saúde, 39% da Assistência Social.

Instrumentos

Questionário Sociodemográfico e Laboral. Investigou informações sociodemográficas e laborais, tais como gênero, idade, estado civil, escolaridade, vínculo trabalhista, tempo de trabalho, formação específica para trabalhar com vítimas de abuso sexual, entre outros dados dos profissionais.

Child Forensic Attitude Scale. Foi criada por Everson e Sandoval (2011) e tem como objetivo avaliar os níveis de sensibilidade, especificidade e ceticismo dos profissionais que trabalham com vítimas de AS. A versão brasileira da escala se constitui por 23 itens, respondidos por meio de uma escala tipo Likert de cinco pontos (1 discordo

fortemente a 5 concordo fortemente). Os índices de consistência interna foram adequados nas três dimensões da CFAS (*Medo de Não Identificar o Abuso*, $\alpha = 0,66$; *Medo de Realizar uma Identificação Falsa do Abuso*, $\alpha = 0,80$; *Ceticismo*, $\alpha = 0,92$) na amostra investigada.

Escala de Autoeficácia Ocupacional em Intervenções com Populações em Vulnerabilidade Social (EAO-IPV). Foi desenvolvida por Freitas et al. (2016) com o objetivo de avaliar a autoeficácia de profissionais que atuam com populações em situação de vulnerabilidade social. O instrumento é composto por 18 itens, respondidos por meio de uma escala Likert de cinco pontos (1 – Discordo Totalmente a 5 – Concordo Totalmente). No presente estudo, a escala apresentou índice de consistência interna adequado ($\alpha = 0,88$).

Escala de Tomada de Decisão em Situações de Abuso Sexual Infantil (ETD-ASI). Foi desenvolvida por Pelisoli e Dell'Aglio (2016) para avaliar a tomada de decisão de profissionais em situações de abuso sexual. O instrumento possui 15 itens, e utiliza uma escala Likert de cinco pontos (1 – Discordo totalmente a 5 – Concordo totalmente). Na amostra investigada, o índice de consistência interna da ETD-ASI foi adequado ($\alpha = 0,89$).

Procedimentos éticos e de coleta

O presente estudo envolveu profissionais que realizam avaliações de suspeita de AS de crianças e adolescentes na rede de proteção e atendimento às vítimas. Para a realização da coleta de dados, profissionais que trabalham com vítimas de AS em diferentes setores da rede de proteção e atendimento foram convidados a responder um formulário autoaplicável na ferramenta Qualtrics. A amostra foi recrutada por meio de divulgação nas redes sociais (e.g., Facebook, LinkedIn, WhatsApp), e e-mail, por meio de *link* e com a descrição dos objetivos da pesquisa e da população-alvo. O tempo de aplicação dos instrumentos foi em média 30 minutos. Assim que os profissionais acessavam o *link*, era gerada uma página com o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Os participantes começaram a responder os instrumentos após a leitura e o aceite do TCLE.

Uma cópia do TCLE foi enviada por e-mail para cada um dos respondentes. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisas com Seres Humanos da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, sob o parecer nº 2.446.227. A coleta foi realizada entre janeiro e maio de 2018.

Procedimentos de análise dos dados

Foram realizadas análises estatísticas descritivas para: investigar as médias e o desvio padrão das atitudes forenses medo de não identificar o abuso (sensibilidade), medo de realizar uma identificação falsa do abuso (especificidade) e ceticismo; índices de autoeficácia ocupacional em intervenções com população em situações de vulnerabilidade social; e tomada de decisão em situações de abuso sexual infantil. As relações entre os construtos foram examinadas por meio da análise de rede. Essa análise objetivou avaliar as relações dos construtos medo de não identificar o abuso, medo de realizar uma identificação falsa do abuso, ceticismo com a autoeficácia ocupacional, a tomada de decisão em situações de abuso sexual infantil, as variáveis sociodemográficas (idade) e laborais (escolaridade e frequência que atende vítimas de abuso sexual).

Foi utilizada uma análise de rede não direcional. Essa se caracteriza como exploratória, ou seja, permite investigar a complexidade das relações dos construtos. Além de contemplar a complexidade das relações dos construtos investigados, a análise de redes permite que as relações entre os construtos sejam estudadas visualmente, de modo que produz um gráfico na qual as relações entre as variáveis são apresentadas. No gráfico da rede, cada variável é representada por um nodo e as relações entre elas são representadas por arestas. Em razão do gráfico da análise de rede ter como base as correlações parciais das variáveis inseridas no sistema, deve-se observar que a presença de uma aresta entre dois nodos indica que a associação dessas variáveis não pode ser explicada por outras variáveis na rede. A proximidade dos nodos e a espessura das arestas evidenciam a magnitude das relações entre as variáveis, de forma que quanto mais

espessa a aresta e mais próximos os nodos que representam as variáveis, maior a magnitude da relação entre as variáveis conectadas. Além disso, arestas verdes indicam associações de valência positiva, enquanto arestas vermelhas são relações de valência negativa (Leme et al., 2020; Machado et al., 2015).

As análises de rede foram realizadas aplicando a penalidade Lasso (*Least Absolute Shrinkage and Selection Operator*) (Machado et al., 2015). Todas as análises foram realizadas por meio do *software R studio*, utilizando o pacote *qgraph* (Epskamp et al., 2012).

Com objetivo de compreender o papel de nodos específicos na ativação da rede (Leme et al., 2020; Machado et al., 2015), foram avaliadas as medidas de centralidade da rede das relações das dimensões medo de não identificar o abuso, medo de realizar uma identificação falsa do abuso, ceticismo com a autoeficácia ocupacional, a tomada de decisão em situações de abuso sexual infantil, as variáveis sociodemográficas (idade) e laborais (escolaridade e frequência que atende vítimas de abuso sexual). As medidas de centralidade contribuem para compreender o papel de cada variável na rede, evidenciando qual variável tem relações de maior magnitude e conectividade com as outras variáveis. As medidas de centralidade avaliadas foram a força (*strength centrality*), a proximidade (*closeness centrality*) e a conectividade (*betweenness centrality*). A força indica qual variável tem conexões mais intensas com outras variáveis – é calculada através da soma dos valores absolutos das correlações que uma variável possui com as outras variáveis. A proximidade apresenta quando uma variável está mais próxima das outras variáveis – é avaliada através do número médio de conexões que uma variável precisaria conectar ao restante das variáveis. A conectividade considera quantas vezes uma variável é o caminho mais curto entre duas outras variáveis, sendo calculada pelo número de conexões que passam por uma variável (Leme et al., 2020; Machado et al., 2015).

A fim de investigar se os profissionais de diferentes áreas de atuação (Segurança Pública,

Justiça, Saúde e Assistência Social) que possuíam formação específica para trabalhar com as vítimas de AS em comparação aos que não tinham formação específica para atender vítimas de AS apresentavam diferenças nos níveis de medo de não identificar o abuso, medo de realizar uma identificação falsa do abuso, ceticismo com a autoeficácia ocupacional, a tomada de decisão em situações de abuso sexual infantil, foi realizada uma Análise de Variância Univariada Fatorial (ANOVA Fatorial) para cada variável dependente. Em razão das similaridades da atuação dos profissionais das áreas de Segurança Pública e Justiça, elas foram unidas na categoria Justiça. Desta forma, foram comparados os níveis dos profissionais que atuavam na Saúde, na Justiça e na Assistência Social com e sem formação específica para trabalhar com vítimas de abuso sexual nas dimensões medo de não identificar o abuso, medo de realizar uma identificação falsa do abuso, ceticismo, a autoeficácia ocupacional, a tomada de decisão em situações de abuso sexual infantil. Foi avaliado também, por meio da ANOVA Fatorial, se a interação das áreas de atuação dos profissionais e a presença ou ausência de formação específica para atender as vítimas de AS teria algum impacto sobre as dimensões medo de não identificar o abuso, medo de realizar uma identificação falsa do abuso, ceticismo com a autoeficácia ocupacional, a tomada de decisão em situações de abuso sexual infantil (Field et al., 2012).

Resultados

Foi observado que os profissionais apresentaram índices médios nas três atitudes investigadas, sendo que o valor da média da atitude medo de não identificar o abuso (sensibilidade) foi 2,5 ($DP = 0,6$), o valor médio da atitude medo de realizar uma identificação falsa do abuso (especificidade) foi 3,3 ($DP = 0,6$) e do ceticismo foi 3,9 ($DP = 0,9$). Os índices de autoeficácia ocupacional em intervenções com população em situações de vulnerabilidade social apresentaram uma média alta, no valor de 4,4 ($DP = 0,4$). Por fim, a tomada de decisão em situações de abuso sexual infantil

apresentou a média no valor de 3,5 ($DP = 0,7$).

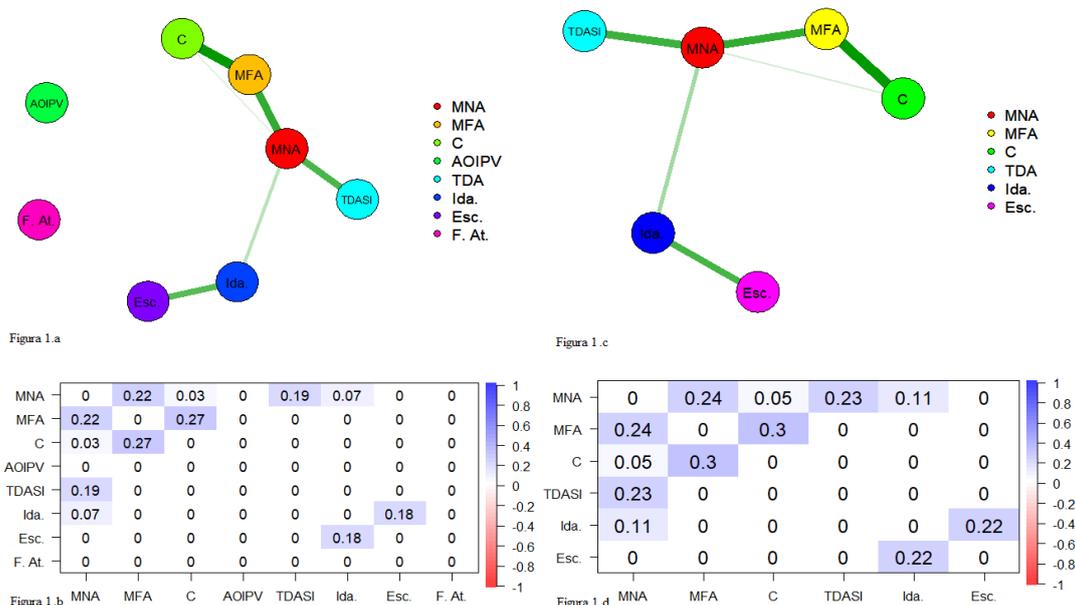
Os resultados da análise de redes demonstraram que as atitudes estavam relacionadas entre si, sendo que medo de realizar uma identificação falsa do abuso é mediador da relação entre o medo de não identificar o abuso e o ceticismo – as associações entre esses construtos são positivas e apresentam magnitude média. A atitude medo de não identificar o abuso foi a variável ponte entre a tomada de decisão em situações de abuso sexual infantil e os construtos psicológicos avaliados. A associação entre a atitude medo de não identificar o abuso e a tomada de decisão em situações de abuso sexual infantil foi de valência positiva e baixa magnitude (Figura 1.a). Referente aos dados sociodemográficos e laborais, os resultados demonstraram que apenas a idade esteve positivamente relacionada ao medo de não identificar o abuso, sendo que essa associação apresentou baixa magnitude. A escolaridade esteve positivamente associada à idade, sendo que essa relação apresentou uma magnitude média (Figura 1.a).

Diferentemente do esperado, a autoeficácia ocupacional não esteve associada às variáveis psicológicas investigadas, tampouco com as variáveis sociodemográficas e laborais. A frequência

que os profissionais de psicologia atendem vítimas de abuso sexual também não se relacionou às dimensões, às variáveis sociodemográficas e às laborais avaliadas. Com base nesses resultados, foi realizada uma segunda análise de rede, retirando a dimensão autoeficácia ocupacional e a variável sobre a frequência que os profissionais atendem vítimas de abuso sexual. Esse segundo sistema de rede obteve resultados similares ao primeiro (Figura 1.b).

Os achados demonstraram que as atitudes apresentam relações entre si, sendo que na presente amostra a dimensão medo de não identificar o abuso conecta as atitudes de forma positiva à tomada de decisão em situações de abuso sexual infantil e à escolaridade. A tomada de decisão em situações de abuso sexual infantil esteve positivamente relacionada apenas à dimensão medo de não identificar o abuso, o que indica a relevância dessa atitude nos processos de avaliação de casos de suspeita de abuso sexual. A relação positiva entre a escolaridade e a atitude medo de não identificar o abuso sugere que profissionais com maiores níveis de escolaridade podem apresentar maior preocupação em prejudicar as vítimas no processo de avaliação de casos de suspeita de abuso sexual (Figura 1.b).

Figura 1. Rede de escores entre atitudes, AEOIPV, TDASI, variáveis sociodemográficas e laborais.

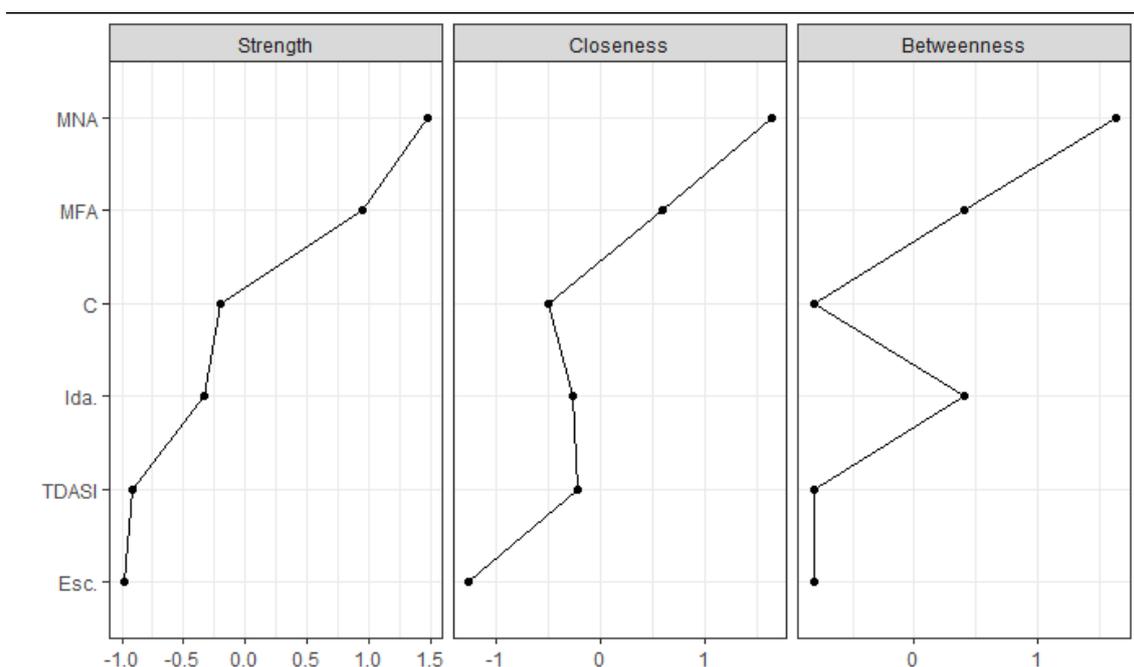


Nota: MNA= Medo de Não Identificar o Abuso; MFA = Medo de Realizar uma Identificação Falsa do Abuso; C= Ceticismo; AEOIPV= Autoeficácia Ocupacional em Intervenções com População em Situações de Vulnerabilidade Social; TDASI = Tomada de Decisão em Situações de Abuso Sexual Infantil; F. At.= Frequência de atendimentos de vítimas de violência sexual.

A análise das medidas de centralidade contribuiu para evidenciar que a dimensão medo de não identificar o abuso possui um papel central no sistema de rede investigado. Os resultados das medidas de centralidade demonstraram que a dimensão medo de não identificar o abuso possui a maior probabilidade de influenciar as atitudes

medo de realizar uma identificação falsa do abuso e ceticismo, assim como na tomada de decisão em situações de abuso sexual infantil (Figura 2). O medo de não identificar o abuso também apresentou as maiores medidas de proximidade e de conectividade na rede analisada (Figura 2).

Figura 2. Análise das medidas de centralidade de cada variável da rede entre atitudes, TDASI, variáveis sociodemográficas e laborais.



Nota: MNA= Medo de Não Identificar o Abuso; MFA = Medo de Realizar uma Identificação Falsa do Abuso; C= Ceticismo; TDASI = Tomada de Decisão em Situações de Abuso Sexual Infantil; *Strength* = Força, *Closeness* = Proximidade, *Betweenness* = Conectividade.

As análises de comparação de média evidenciaram que os profissionais categorizados na área da Justiça apresentavam níveis de medo de não identificar o abuso estatisticamente e significativamente superior aos profissionais da Saúde. Entretanto, não foram observadas diferenças de médias estatisticamente significativas no medo de não identificar o abuso entre profissionais da área da Saúde e da Assistência Social, assim como da Assistência Social e Justiça. Além disso, não foram observadas diferenças de médias estatisticamente significativas nas dimensões medo

de realizar uma identificação falsa do abuso, ceticismo, autoeficácia ocupacional, a tomada de decisão em situações de abuso sexual infantil entre os profissionais das diferentes áreas (Saúde, Justiça e Assistência Social), entre os profissionais com e sem formação específica para atender vítimas de AS, assim como na comparação da interação da área de atuação dos profissionais e da formação específica desses (Tabela 1).

Tabela 1 – Comparação dos índices de medo de não identificar o abuso, medo de realizar uma identificação falsa do abuso, ceticismo com a autoeficácia ocupacional, a tomada de decisão em situações de abuso sexual infantil segundo a área de atuação e formação específica para trabalhar com vítimas de AS

Medo de Não Identificar o Abuso							
Formação Específica (FE)				Área de Atuação (AA)			
	Presença <i>M(DP)</i>	Ausência <i>M(DP)</i>	<i>F (gl)</i>	Saúde <i>M(DP)</i>	Justiça <i>M(DP)</i>	Assistência Social <i>M(DP)</i>	<i>F (gl)</i>
	2,5 (0,1)	2,4 (0,1)	0,4 (1)	2,3 (0,1)	2,7 (0,1)	2,5 (0,1)	5,4 (2)
	Formação Específica		Interação AA x FE				
Área de Atuação	Presença <i>M(DP)</i>	Ausência <i>M(DP)</i>	<i>F (gl)</i>	<i>Post-hoc Bonferroni</i> Área de Atuação			<i>t (gl)</i>
Saúde <i>M(DP)</i>	2,2 (0,2)	2,3 (0,1)	0,3 (2)	Saúde x Justiça			-3,2* (159)
Justiça <i>M(DP)</i>	2,8 (0,1)	2,7 (0,1)		Saúde x Assistência Social			- 1,2 (159)
Assistência Social <i>M(DP)</i>	2,5 (0,2)	2,4 (0,1)		Justiça x Assistência Social			1,9 (159)
Medo de Realizar uma Identificação Falsa do Abuso							
Formação Específica (FE)				Área de Atuação (AA)			
	Presença <i>M(DP)</i>	Ausência <i>M(DP)</i>	<i>F (gl)</i>	Saúde <i>M(DP)</i>	Justiça <i>M(DP)</i>	Assistência Social <i>M(DP)</i>	<i>F (gl)</i>
	3,5 (0,1)	3,3 (0,1)	0,1 (1)	3,4 (0,1)	3,4 (0,1)	3,4 (0,1)	0,1 (2)
	Formação Específica		Interação AA x FE				
Área de Atuação	Presença <i>M(DP)</i>	Ausência <i>M(DP)</i>	<i>F (gl)</i>	<i>Post-hoc Bonferroni</i> Área de Atuação			<i>t (gl)</i>
Saúde <i>M(DP)</i>	3,4 (0,2)	3,4 (0,1)	1,2 (2)	Saúde x Justiça			0,1 (159)
Justiça <i>M(DP)</i>	3,4 (0,1)	3,4 (0,1)		Saúde x Assistência Social			-0,3 (159)
Assistência Social <i>M(DP)</i>	3,6 (0,1)	3,2 (0,1)		Justiça x Assistência Social			- 0,4 (159)
Ceticismo							
Formação Específica (FE)				Área de Atuação (AA)			
	Presença <i>M(DP)</i>	Ausência <i>M(DP)</i>	<i>F (gl)</i>	Saúde <i>M(DP)</i>	Justiça <i>M(DP)</i>	Assistência Social <i>M(DP)</i>	<i>F (gl)</i>
	4,1 (0,1)	3,9 (0,1)	1,5 (1)	4,1 (0,1)	4,0 (0,1)	3,8 (0,1)	0,7 (2)
	Formação Específica		Interação AA x FE				

Área de Atuação	Presença <i>M(DP)</i>	Ausência <i>M(DP)</i>	<i>F (gl)</i>	<i>Post-hoc Bonferroni</i> Área de Atuação			<i>t (gl)</i>
Saúde <i>M(DP)</i>	4,2 (0,2)	4,0 (0,2)	0,1 (2)	Saúde x Justiça			0,5 (159)
Justiça <i>M(DP)</i>	4,1 (0,1)	3,9 (0,2)		Saúde x Assistência Social			1,2 (159)
Assistência Social <i>M(DP)</i>	3,9 (0,3)	3,8 (0,1)		Justiça x Assistência Social			0,8 (159)
Autoeficácia Ocupacional em Intervenções com População em Situações de Vulnerabilidade Social							
Formação Específica (FE)				Área de Atuação (AA)			
	Presença <i>M(DP)</i>	Ausência <i>M(DP)</i>	<i>F (gl)</i>	Saúde <i>M(DP)</i>	Justiça <i>M(DP)</i>	Assistência Social <i>M(DP)</i>	<i>F (gl)</i>
	3,5 (0,1)	3,3 (0,1)	0,1 (1)	3,4 (0,1)	3,4 (0,1)	3,4 (0,1)	0,1 (2)
	Formação Específica		Interação AA x FE				
Área de Atuação	Presença <i>M(DP)</i>	Ausência <i>M(DP)</i>	<i>F (gl)</i>	<i>Post-hoc Bonferroni</i> Área de Atuação			<i>t (gl)</i>
Saúde <i>M(DP)</i>	3,4 (0,2)	3,4 (0,1)	1,2 (2)	Saúde x Justiça			0,1 (159)
Justiça <i>M(DP)</i>	3,4 (0,1)	3,4 (0,1)		Saúde x Assistência Social			-0,3 (159)
Assistência Social <i>M(DP)</i>	3,6 (0,1)	3,2 (0,1)		Justiça x Assistência Social			- 0,4 (159)
Tomada de Decisão em Situações de Abuso Sexual Infantil							
Formação Específica (FE)				Área de Atuação (AA)			
	Presença <i>M(DP)</i>	Ausência <i>M(DP)</i>	<i>F (gl)</i>	Saúde <i>M(DP)</i>	Justiça <i>M(DP)</i>	Assistência Social <i>M(DP)</i>	<i>F (gl)</i>
	3,4 (0,1)	3,2 (0,1)	0,4 (1)	3,6 (0,1)	3,5 (0,1)	3,4 (0,1)	0,8 (2)
	Formação Específica		Interação AA x FE				
Área de Atuação	Presença <i>M(DP)</i>	Ausência <i>M(DP)</i>	<i>F (gl)</i>	<i>Post-hoc Bonferroni</i> Área de Atuação			<i>t (gl)</i>
Saúde <i>M(DP)</i>	3,6 (0,2)	3,5 (0,1)	1,2 (2)	Saúde x Justiça			0,6 (159)
Justiça <i>M(DP)</i>	3,4 (0,1)	3,6 (0,1)		Saúde x Assistência Social			0,9 (159)
Assistência Social <i>M(DP)</i>	3,2 (0,2)	3,6 (0,1)		Justiça x Assistência Social			0,4 (159)

Note. * $p < 0,05$; M = Média; DP = Desvio -Padrão; AA = Área de Atuação; FE = Formação Específica para Trabalhar com Vítimas de AS.

Discussão

No presente estudo foram investigadas as frequências das dimensões das atitudes dos

profissionais que atuam na rede de proteção para avaliar situações de AS, assim como seus níveis de autoeficácia ocupacional e tomada de decisão. Além disso, buscou-se explorar as associações dessas dimensões com as características sociodemográficas e laborais dos profissionais.

A análise descritiva das atitudes medo de não identificar o abuso, medo de realizar uma identificação falsa do abuso e do ceticismo apresentaram valores médios. O ceticismo apresentou maior índice, seguido do medo de não identificar o abuso e medo de realizar uma identificação falsa do abuso, respectivamente. Esses resultados estão de acordo com o estudo de Sandoval e Everson (2011) que apontou que ceticismo e medo de realizar uma identificação falsa do abuso apresentam índices mais elevados do que medo de não identificar o abuso. As diferenças observadas apresentam evidências que confirmam que as discordâncias entre avaliadores de casos de AS apresentam atitudes diversas, sendo que profissionais que tendem para maiores níveis de medo de não identificar o abuso e medo de realizar uma identificação falsa do abuso têm predisposição para julgar as alegações como válidas ou inválidas, e o ceticismo é uma atitude de descrença sobre os relatos de AS.

Os índices descritivos de autoeficácia ocupacional foram de média alta. Esses achados sugerem que os profissionais avaliados percebem que possuem habilidades para atender de forma adequada às demandas complexas presentes na avaliação de vítimas de abuso sexual e o acolhimento aos seus familiares (Freitas et al., 2016). A tomada de decisão em situações de AS foi média. Tal resultado está de acordo com o estudo de Pelisoli e Dell'Aglio (2016) que indicou que os profissionais tomam decisões baseados na representatividade, ou seja, em formulações mais gerais do caso, considerando aspectos isolados do caso e sua experiência pessoal. A presença de índices moderados a altos de tomada de decisão em situações de abuso sexual infantil pode ser prejudicial ao processo de avaliação da vítima, pois profissionais com índices médios e altos de tomada de decisão em situações de abuso

sexual infantil geralmente não fazem ligação entre todos os pontos (*i.e.*, dinâmica do caso, sinais, sintomas, entrevistas, relatos), para que a tomada de decisão sobre o caso de AS seja mais integrada (Pelisoli & Dell'Aglio, 2016).

A análise de redes das atitudes medo de não identificar o abuso, medo de realizar uma identificação falsa do abuso e do ceticismo indicaram relações positivas entre si, como também no estudo de Everson e Sandoval (2011). As dimensões medo de não identificar o abuso e medo de realizar uma identificação falsa do abuso, se relacionam com as atitudes de sensibilidade e especificidade, respectivamente. Essas dimensões demonstram a capacidade dos profissionais de julgarem casos de AS, buscando fundamentação para evitar falsos positivos nas avaliações. O ceticismo se relacionou com uma atitude de descrença em alegações de AS contra crianças e adolescentes, principalmente, considerando gênero e idade da vítima (Everson & Sandoval, 2011). Avaliar os níveis das atitudes dos profissionais possibilita compreender os vieses subjetivos que dificultam fundamentar casos de AS contra crianças e adolescentes.

A atitude medo de realizar uma identificação falsa do abuso assume um papel mediador na relação das atitudes medo de não identificar o abuso e ceticismo. Este achado sugere que a especificidade, avaliada por meio da dimensão medo de realizar uma identificação falsa do abuso, é uma atitude relevante para balancear as atitudes de sensibilidade, avaliadas por meio da dimensão medo de não identificar o abuso e atitude de ceticismo. Este achado corrobora o estudo de Herman (2005) que indica que os profissionais devem fundamentar as alegações de AS baseadas em diferentes tipos de provas, denominada de fundamentação corroborada. Esse tipo de avaliação auxilia o profissional a evitar o uso de técnicas falhas e exige do avaliador validade criteriosa das provas coletadas, utilizando ferramentas adequadas e baseadas em evidências.

A atitude medo de não identificar o abuso atuou como um mediador na relação da atitude

medo de realizar uma identificação falsa do abuso e dos índices de tomada de decisão em situações de AS. Os resultados da análise de redes demonstram a relevância da atitude sensibilidade no processo de tomada de decisão dos profissionais que investigam casos de AS. Tais resultados corroboram estudo de Pelisoli e Dell'Aglio (2016), que indicou que profissionais tendem a utilizar a heurística de representatividade – o que significa que utilizam de aspectos gerais de casos de AS descritos na literatura sem levar em conta possíveis variações em cada caso, favorecendo validade duvidosa (Pelisoli & Dell'Aglio, 2016; Tonetto et al., 2006). É fundamental que os profissionais tenham cuidado ao fundamentar casos de AS contra crianças e adolescentes, analisando evidências coletadas por diferentes fontes, por meio de técnicas validadas (Pelisoli & Dell'Aglio, 2016). Entende-se que a seleção de heurísticas apropriadas para a tomada de decisão é complexa, porém profissionais que refletem sobre sua tomada de decisão na prática cotidiana do trabalho, favorecem o desenvolvimento de arcabouço teórico para aprofundamento de estudos de modelos heurísticos no julgamento profissional, especificamente, no trabalho com população vulnerável (Taylor, 2017)

Apesar de ser observado que a autoeficácia ocupacional está positivamente relacionada a diferentes dimensões de aspectos laborais (Freitas et al., 2016), no presente estudo essa variável não esteve relacionada às outras dimensões. Percebe-se que, no sistema de rede analisado, a autoeficácia ocupacional não influencia as atitudes e a tomada de decisão, sendo necessárias novas investigações sobre a função da autoeficácia na condução de avaliações de casos de AS.

A idade foi a única característica sociodemográfica que apresentou uma relação direta com a atitude medo de não identificar o abuso. Pontua-se que o aumento da idade também esteve relacionado a maiores níveis de escolaridade, sendo que a idade conectou a escolaridade e a atitude medo de não identificar o abuso. Ao analisar a relação entre a atitude de sensibilidade, o avanço da idade e a escolaridade, compreende-

-se que maiores níveis da atitude de sensibilidade estão associados ao avanço da idade e a maior escolaridade. Observa-se que os profissionais com níveis de escolaridade mais altos podem apresentar maior conhecimento sobre a dinâmica do AS, possuem mais habilidades para realizar a avaliação e acolhimento das vítimas de AS (Damasio et al., 2014; Kenny et al., 2017). Desta forma, compreende-se que o aumento do conhecimento sobre a dinâmica do AS, estratégias para realizar o acolhimento da vítima e seus familiares, assim como dos sintomas e consequências do AS podem contribuir para os profissionais tornarem-se mais sensíveis às demandas das vítimas de AS e de seus familiares.

Os profissionais da Justiça, apresentam estatisticamente e significativamente maiores níveis de medo de não identificar o abuso em relação aos profissionais da saúde. Esses achados podem estar associados aos profissionais da Justiça serem identificados como os responsáveis pelo prosseguimento dos processos jurídicos das vítimas de AS, de modo que se esses profissionais negligenciam um caso de AS, a investigação dessa situação pode ser interrompida, gerando desproteção à criança e a não responsabilização criminal do agressor (Al Saif et al., 2017; Everson & Sandoval, 2011). Observa-se que a inserção de psicólogas e assistentes sociais no sistema de justiça auxilia na humanização dos procedimentos, além de favorecer melhor acolhimento (Pelisoli et al., 2016). Quando as vítimas de abuso sexual são erroneamente desacreditadas aumentam os riscos de vulnerabilidade e desproteção. Portanto, avaliar com precisão as situações de AS é essencial (Melkman et al., 2017; Lashbaugh-Barney, 2020).

Os resultados sugerem a importância de treinamentos que promovam qualificação dos profissionais para fundamentar a avaliação de situações de AS contra crianças e adolescentes, especialmente, entre profissionais que apresentam altos níveis de ceticismo, medo de não identificar o abuso e medo de realizar uma identificação falsa do abuso. Os treinamentos podem contribuir para os profissionais aumentarem suas

habilidades para realizar a avaliação psicológica das vítimas de AS e acolherem de forma adequada às demandas das vítimas e seus familiares (Damásio et al., 2014; Kenny et al., 2017). O estudo de Pelisoli et al. (2015) sugere que o treinamento profissional deve auxiliar no equilíbrio das variáveis atitudinais, além de favorecer a superação das barreiras intuitivas relacionadas à avaliação de AS, demonstrando que a fundamentação dos casos deve ser baseada em evidências científicas.

As limitações deste estudo incluem o uso exclusivo de escalas de autorrelato, sem o uso de vinhetas com casos, para avaliar com maior precisão como os profissionais utilizam seus recursos para julgar um caso. A amostra por conveniência limita a possibilidade de generalizar os dados, tendo em vista que os profissionais que concordam em participar do estudo podem apresentar maior envolvimento com a temática.

O presente estudo contribui para a prática ao apresentar que a especificidade regula as atitudes de sensibilidade e ceticismo, demonstrando que os profissionais no contexto brasileiro tendem a se preocupar com provas objetivas (e.g., exame médico, depoimento da vítima, relatório profissional de entrevista de revelação) para fundamentar as alegações de AS, evitando causar impactos negativos na vida da vítima, na família e na vida do suposto agressor. Estudos futuros podem investigar qual o impacto do treinamento profissional sobre as atitudes de avaliação dos casos de AS. Outros aspectos relevantes seriam avaliar quais estratégias contribuem para promoção de ações efetivas de avaliação de vítimas de AS, assim como ações que contribuam ao acolhimento adequado das vítimas de AS e seus familiares.

Referências

- Al-Saif, D. M., Al-Eissa, M., Saleheen, H., Al-Mutlaq, H., Everson, M. D., & Almuneef, M. A. (2017). Professionals' attitude toward reporting child sexual abuse in Saudi Arabia. *Journal of Child Sexual Abuse*, 27(1), 22-37. <https://doi.org/10.1080/10538712.2017.1360429>
- Damásio, B. F., Habigzang, L. F., Freitas, C. P. P., & Koller, S. H. (2014). Can a Cognitive-Behavioral Group-Therapy Training Program for the Treatment of Child Sexual Abuse Reduce Levels of Burnout and Job-Strain in Trainees? Initial Evidence of a Brazilian Model. *Paidéia*, 24(58), 233-242. <https://doi.org/10.1590/1982-43272458201411>
- Epskamp, S., Cramer A. O. J., Waldorp L. J., Schmittmann, V. D., & Borsboom, D. (2012). qgraph: Network Visualizations of Relationships in Psychometric Data. *Journal of Statistical Software*, 48(2), 1-18. <https://www.webpages.uidaho.edu/~stevel/504/Network%20Visualizations%20of>
- Everson, M. D., & Sandoval, J. M. (2011). Forensic child sexual abuse evaluations: Assessing subjectivity and bias in professional judgements. *Child Abuse and Neglect*, 35(4), 287-298. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2011.01.001>
- Faraj, S. P., Siqueira, A. C., & Arpini, D. M. (2016). Rede de proteção: O olhar de profissionais do sistema de garantia de direitos. *Temas em Psicologia*, 24(2), 727-741. <https://doi.org/10.9788/TP2016.2-18>
- Field, A., Miles, J., & Field, Z. (2012). *Discovering Statistics Using R*. Sage.
- Freitas, C. P. P., Damásio, B. F., & Koller, S. H. (2016). Escala de Autoeficácia Ocupacional em intervenção com populações vulneráveis. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 32(4), 1-9. <https://doi.org/10.15900102.3772e324224>
- Herman, S. (2005). Improving decision making in forensic child sexual abuse evaluations. *Law and Human Behavior*, 29(1), 87-120. <https://doi.org/10.1007/s10979-005-1400-8>
- Kenny, M. C., Vazquez, A., Long, H., & Thompson, D. (2017). Implementation and program evaluation of trauma-informed care training across state child advocacy centers: An exploratory study. *Children and Youth Services Review*, 73, 15-23. <https://doi.org/10.1016/j.childyouth.2016.11.030>
- Lee, V. K., & Harris, L. T. (2013). How social cognition can inform social decision making. *Frontiers in Neuroscience*, 7(259), 1-13. doi: 10.3389/fnins.2013.00259
- Leme, D. E. C., Alves, E. V. C., Lemos, V. C. O., & Fattoria, A. (2020). Análise de Redes: Uma Abordagem de Estatística Multivariada para Pesquisas em Ciências da Saúde. *Geriatrics Gerontology and Aging*, 14(1):43-51. <https://doi.org/10.5327/z2447-212320201900073>
- Machado, W. L., Vissoci, J., & Epskamp, S. (2015). Análise de rede aplicada à Psicometria e à avaliação psicológica. In C. S. Hutz, D. R. Bandeira, & C. M. Trentini (Orgs.), *Psicometria* (pp. 125-146). ArtMed.
- Melkman, E. P., Hershkowitz, I., & Zur, R. (2017). Credibility assessment in child sexual abuse investigations: a descriptive analysis. *Child abuse & neglect*, 67, 76-85. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2017.01.027>
- Ministério da Saúde. (2002). Notificação de maus-tratos contra crianças e adolescentes pelos profissionais de saúde: Um passo a mais na cidadania em saúde. Secretaria de Assistência à Saúde.

Pelisolí, C., Herman, S., & Dell'Aglío, D. D. (2015). Child sexual abuse research knowledge among child abuse professionals and laypersons. *Child Abuse and Neglect*, 40, 36-47. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2014.08.010>

Pelisolí, C. da L., Dell'Aglío, D. D., & Herman, S. (2016). Sete erros na avaliação de abuso sexual sexual contra crianças e adolescentes. In Silvio José Lemos Vasconcelos, & Vivian de Medeiros Lago (Orgs.), *A Psicologia Jurídica e as Interfaces: um panorama atual* (pp. 147-171). Editora da UFSM.

Pelisolí, C., & Dell'Aglío, D. D. (2016). Tomada de decisão de psicólogos em situações de suspeita de abuso sexual. *Temas em Psicologia*, 24(3), 829-841. <https://doi.org/10.9788/TP2016.3-04>

Lashbaugh-Barney, B. (2020). *Perceived Credibility of Child Sexual Abuse Reporting*. [Doctorate Thesis, Georgia Southern University]. <https://digitalcommons.georgiasouthern.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=3094&context=etd>

Silva, A. C. S. da, & Alberto, M. de F. P. (2019). Fios Soltos da Rede de Proteção dos Direitos das Crianças e Adolescentes. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 39. <https://doi.org/10.1590/1982-3703003185358>

Taylor, B. J. (2017). Heuristic in Professional Judgment: A psycho-social rationality model. *British Journal of Social Work*, 47, 1043-1060. <https://doi.org/10.1093/bjsw/bcw084>

Tonetto, L. M., Kalil, L. L., Melo, W. V., Schneider, D. di G., & Stein, L. M. (2006). O papel das heurísticas no julgamento e na tomada de decisão sob incerteza. *Estudos de Psicologia*, 23(2), 181-189. <https://www.redalyc.org/pdf/3953/395336319008.pdf>

World Health Organization. (2007). Constitution of the World Health Organization. <http://www.who.int/gb/bd/PDF/BDenglish/Constitution.pdf>

Marck de Souza Torres

Doutor em Psicologia pela Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUCRS), em Porto Alegre, RS, Brasil. Professor do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal do Amazonas (UFAM), em Manaus, AM, Brasil.

Clarissa Pinto Pizarro de Freitas

Doutora em Psicologia pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), em Porto Alegre, RS, Brasil. Professora do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro (PUC-RIO), em Rio de Janeiro, RJ, Brasil.

Luísa Fernanda Habigzang

Doutora em Psicologia pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), em Porto Alegre, RS, Brasil. Professora do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUCRS), em Porto Alegre, RS, Brasil.

Endereço para correspondência

Marck de Souza Torres.
Universidade Federal do Amazonas
Faculdade de Psicologia
Av. Rodrigo Otávio, 6200, Setor Sul
Campus Universitário, Bloco X
Coroado, 69080-900
Manaus, AM, Brasil