

**UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
INSTITUTO DE PSICOLOGIA**

MILENA DE OLIVEIRA ROSSETTI

Inventário de comportamentos sexuais da criança:
adaptação brasileira e análise de evidências de validade

São Paulo
2012

MILENA DE OLIVEIRA ROSSETTI

Inventário de comportamentos sexuais da criança:
adaptação brasileira e análise de evidências de validade
(versão original)

Dissertação apresentada ao Instituto de
Psicologia da Universidade de São Paulo,
para obtenção do título de
Mestre em Psicologia

Área de concentração:
Psicologia Clínica

Orientador: Prof. Dr. Francisco Baptista
Assumpção Junior

São Paulo
2012

AUTORIZO A REPRODUÇÃO E DIVULGAÇÃO TOTAL OU PARCIAL DESTE TRABALHO, POR QUALQUER MEIO CONVENCIONAL OU ELETRÔNICO, PARA FINS DE ESTUDO E PESQUISA, DESDE QUE CITADA A FONTE.

Catálogo na publicação
Biblioteca Dante Moreira Leite
Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo

Rossetti, Milena de Oliveira.

Inventário de comportamentos sexuais da criança: adaptação brasileira e análise de evidências de validade / Milena de Oliveira Rossetti; orientador Francisco Baptista Assumpção. -- São Paulo, 2012.

108 f.

Dissertação (Mestrado – Programa de Pós-Graduação em Psicologia. Área de Concentração: Psicologia Clínica) – Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo.

1. Comportamento psicosssexual 2. Abuso sexual 3. CSBI 4. Adaptação brasileira 5. Validade do teste I. Título.

HQ21

Nome: Milena de Oliveira Rossetti

Título: Inventário de comportamentos sexuais da criança: Adaptação brasileira e análise de evidências de validade

Dissertação apresentada ao Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo, como parte dos requisitos para obtenção do grau de Mestre em Psicologia

Aprovado em:

Banca Examinadora

Prof. Dr. _____

Instituição: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____ Assinatura: _____

DEDICATÓRIA

A meu pai, minhas irmãs e ao Julio, com amor, admiração e gratidão pela compreensão, carinho, presença e incansável apoio ao longo do período de elaboração deste trabalho.

AGRADECIMENTOS

Ao querido mestre Dr. Francisco Baptista Assumpção Junior por toda a sabedoria oferecida para a realização desta pesquisa, assim como, apoio e dedicação na orientação e incentivo desta proposta.

A Dra. Evelyn Kuczynski pela disponibilidade para ajudar e compartilhar conhecimento por meio da avaliação cuidadosa e responsável que realizou neste projeto.

A Dra. Patrícia Gouveia Ferraz por aceitar o convite de avaliar o projeto, contribuindo generosamente com suas colocações, indicando pontos a serem aperfeiçoados.

A todos do Laboratório de Distúrbios do Desenvolvimento (LADD) do Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo, em especial à Melanie Mendoza, Marília P. Bernal, Cristina M. Pozzi e Alessandra F. Russo, por horas de apoio e motivação, revisando textos, sugerindo artigos e fazendo ótimas sugestões, incentivando sempre a realização deste projeto.

A Assistente Social Selene da Clínica-escola do Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo, pelos casos encaminhados.

E aos integrantes de instituições que apoiaram a pesquisa permitindo a coleta dos dados para o estudo de validação:

Fernanda Zanetti Cinalli, coordenadora de Saúde Mental do município de Taboão da Serra. Responsável pelo Centros de Atenção Psicossocial Infantil (Caps) do município.

Valdemira Silva, presidente da Associação de Amigos voluntários do Projeto Pinderê (AAVPP) e a toda a equipe da Psicologia e Assistência Social.

Elsineth, coordenadora do Centro de Referência Especializado de Assistência Social (CREAS) de Osasco, e os psicólogos Dalva e Roger.

Dr. Peter Eckschmiedt, Juiz da Vara da Infância e Juventude do Fórum da Comarca de Barueri e membros da equipe técnica, as psicólogas Débora Monteiro da Silva e Carla Anauate, e assistentes sociais Maria Gardenia da S. Leite, Marta Furegatti e Valeria R. Gomes.

Rosimeire Rocha Domingos, gerente do Serviço de Proteção Social a Crianças e Adolescentes Vítimas de Violência “Amar e Proteger 2”.

A toda equipe pedagógica do Instituto Educacional Portinari.

A equipe técnica da Casa do Psicólogo Livraria e Editora.

RESUMO

Rossetti, M. O. (2011). Inventário de comportamentos sexuais da criança: Adaptação brasileira e análise de evidências de validade. Dissertação de mestrado, Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo.

INTRODUÇÃO: O presente estudo retrata a pesquisa de tradução e adaptação transcultural do Child Sexuality Behavior Inventory - CSBI (Inventário de Comportamentos sexuais da Criança) e a investigação de evidências de validade desse instrumento para a realidade brasileira, tendo em vista a necessidade, por parte dos profissionais que atuam com crianças, de recursos para a avaliação de comportamentos sexuais atípicos que indiquem o risco de serem vítimas de abuso sexual. **OBJETIVO:** Traduzir e adaptar o CSBI para o português (do Brasil), e avaliar evidências de validade da versão adaptada. **METODOLOGIA:** Realizou-se a tradução e adaptação do CSBI em 4 fases, sendo tradução do original, reunião de consenso, *back-translation* e painel de juízes. A validação empírica foi realizada com 2 grupos de crianças de 2 a 12 anos de idade. O grupo clínico composto por 28 crianças com história ou suspeita de abuso sexual e o grupo controle composto por 30 crianças sem esse histórico. Para a validação empírica utilizou-se um questionário da pesquisa, a Escala de Classe Social – Pelotas e o CSBI – versão traduzida e adaptada. A análise dos dados foi de forma descritiva e inferencial. **RESULTADOS:** Apenas 3 itens sofreram alteração no processo de tradução e *back-translation* e precisaram ser analisados para assegurar a validade de conteúdo. A análise de consistência interna obteve coeficiente alfa de Cronbach= 0,86. A análise discriminante da pontuação revelou diferença significativa nas médias obtidas, sendo maior para o grupo clínico ($t=5,57(27)$ e $p=0,000$). A análise de variância dos pontos foi significativa para as idades $\{F(3,48)=2; p<0,05\}$, para estado civil dos responsáveis do grupo clínico $\{F(3,27)=4; p<0,05\}$ e controle $\{F(3,66)=6; p<0,05\}$, e para religião dos responsáveis do grupo controle $\{F(4,26)=6; p<0,05\}$. **DISCUSSÃO:** O coeficiente de consistência interna da versão brasileira é semelhante ao da versão original. O poder discriminante do instrumento foi observado na versão brasileira, assim como relatado por vários autores com a versão original. Na versão brasileira realizou-se um estudo exploratório com variáveis sócio-demográficas e culturais a fim de se verificar possíveis associações com a pontuação, e os resultados obtidos atestam a validade de critério e de construto. **CONCLUSÃO:** Atestou-se a validade de conteúdo da versão brasileira do CSBI, que também apresentou um nível de confiabilidade satisfatório e comprovou sua validade de critério e de construto.

ABSTRACT

Rossetti, M. O. (2011). Child Sexuality Behavior Inventory: Brazilian

Adaptation and validity's evidence's analysis. Master's thesis, Institute of Psychology,

University of São Paulo, São Paulo.

INTRODUCTION: This article reports the survey translation and cultural adaptation of the Child Sexuality Behavior Inventory and research validity's evidence of this instrument for the Brazilian reality, bearing in mind the need, by professionals working with children of resources for the evaluation of atypical sexual behavior indicating the risk of being victims of sexual abuse. **OBJECTIVE:** To translate and adapt the CSBI to Portuguese (Brazil), and evaluate validity's evidence of the adapted version. **METHODS:** We carried out the translation and adaptation of CSBI in four phases, with translation of the original consensus meeting, back-translation and panel of judges. Empirical validation was performed with two groups of children aged 2 to 12 years old. The clinical group comprised 28 children with a history or suspicion of sexual abuse and the control group of 30 children with no history. For empirical validation, we used a questionnaire survey, a social class scale and CSBI – Brazilian version. Data analysis was descriptive and inferential. **RESULTS:** Only three items were changed in the process of translation and back translation and had to be analyzed to ensure content's validity. The internal consistency analysis obtained Cronbach's alpha = 0.86. Discriminant analysis of scores showed significant difference in the averages, higher for the clinical group ($t = 5.57$ (27) and $p = 0.000$). Analysis of variance of the points was significant for ages { $F(3,48) = 2$, $p < 0.05$ }, caregivers' civil status of the clinical group { $F(3,27) = 4$, $p < 0.05$ } and control $F(3,66) = 6$, $p < 0.05$ }, and those caregivers' religion in the control group { $F(4,26) = 6$, $p < 0.05$ }. **DISCUSSION:** The internal consistency's coefficient of the Brazilian version is similar to the original version. The discriminating capacity of the instrument was observed in the Brazilian version, as reported by several authors within the original version. In the Brazilian version was held an exploratory study with sociodemographic and cultural variables in order to verify possible associations with the score, and the results attest to the criterion's validity and construct validity. **CONCLUSION:** It testified to the content validity of the Brazilian CSBI, which also showed a satisfactory level of reliability and proved its criterion validity and construct validity.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	17
1.1. JUSTIFICATIVA	19
1.2. OBJETIVOS	20
1.2.1. Objetivo geral	20
1.2.2. Objetivo específico	20
2. REVISÃO DA LITERATURA	21
2.1. TRADUÇÃO, ADAPTAÇÃO TRANSCULTURAL E VALIDAÇÃO DE INSTRUMENTOS	21
2.1.1. Tradução e adaptação transcultural	21
2.1.2. Validação do instrumento de medida	24
2.2. O CONSTRUTO “COMPORTAMENTO SEXUAL DE CRIANÇAS”	27
2.3. CONSTRUÇÃO DO CSBI	30
2.3.1. Seleção de itens	30
2.3.2. Evidências de validade do CSBI	31
2.3.2.1. Família e natureza do abuso como evidências de validade	33
2.3.3. Normatização do CSBI	35
3. CASUÍSTICA E MÉTODOS	37
3.1. TIPO DE ESTUDO	37
3.2. CASUÍSTICA DO PROCESSO DE VALIDAÇÃO EMPÍRICA	37
3.2.1. Grupo clínico	37
3.2.2. Grupo controle	38
3.2.3. Critérios de inclusão	38
3.2.4. Critérios de exclusão	39
3.2.5. Tamanho da amostra	39

3.3. MÉTODOS	40
3.3.1. Instrumentos utilizados na validação empírica do CSBI	40
3.3.1.1. Questionário da Pesquisa	40
3.3.1.2. Escala de Classe Social – Pelotas (Lombardi et al., 1988).....	40
3.3.1.3. Child Sexuality Behavior Inventory - CSBI (Friedrich, 1997).....	41
3.3.1.4. Dados adicionais do grupo clínico	42
3.3.2. Procedimentos da Tradução e Adaptação Transcultural.....	43
3.3.2.1. Contato com a editora	43
3.3.2.2. Processo de Tradução e Adaptação	43
3.3.3. Procedimentos da Validação empírica	44
3.3.3.1. Coleta de dados para validação empírica	44
3.3.3.2. Processo de análise para a validação empírica	46
3.3.3.3. Análise estatística da validação empírica.....	46
3.3.4. Considerações éticas	47
4. RESULTADOS	47
4.1. PROCESSO DE TRADUÇÃO E ADAPTAÇÃO CSBI.....	47
4.2. VALIDAÇÃO EMPÍRICA.....	49
4.2.1. Caracterização da amostra.....	49
4.2.1.1. Variáveis independentes.....	54
4.2.1.1.a. Variáveis sócio-demográficas dos responsáveis.....	54
4.2.1.1.b. Variáveis culturais	59
4.3. Validação empírica do CSBI.....	63
4.3.1. Confiabilidade	63
4.3.2. Validade de construto.....	64
4.3.2.1. Validade de construto do tipo discriminante.....	64
4.3.3. Validade de critério.....	66
4.3.3.1. Validade de critério do tipo concorrente.....	66
4.3.3.2. Validade de critério do tipo preditivo	69
5. DISCUSSÃO.....	78
6. CONCLUSÕES	83
7. REFERÊNCIAS.....	84
APÊNDICES	88
APÊNDICE A - Carta de apresentação as instituições.....	88
APÊNDICE B - Termo de Consentimento	

Livre e Esclarecido – TCLE	89
APÊNDICE C - Questionário de Pesquisa.....	90
APÊNDICE D - Inventário de Comportamentos Sexuais da Criança (CSBI) – versão traduzida e adaptada para o português do Child Sexuality Behavior Inventory –CSBI	92
APÊNDICE E – Dados adicionais do grupo clínico	95
ANEXOS.....	96
ANEXO A - Caderno de aplicação CSBI (original)	96
ANEXO B – Ficha de Apuração CSBI – exemplos avaliados (Friedrich, 1997).....	99
ANEXO C – Autorização da editora PAR.....	101
ANEXO D – Aprovação do Comitê de Ética.....	102
ANEXO E - Avaliação de classe social – Pelotas.....	103
ANEXO F - Composição das classes sociais da escala “Avaliação de Classe Social – Pelotas”	106

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Resultado final da tradução e adaptação transcultural do CSBI para o português	49
Tabela 2 – Distribuição das crianças participantes por grupo.....	50
Tabela 3 – Distribuição das crianças participantes por sexo.....	51
Tabela 4 - Distribuição das crianças participantes por faixa etária (idade em anos).....	51
Tabela 5 – Distribuição dos responsáveis pelas crianças participantes.....	52
Tabela 6 – Distribuição por pessoa que cometeu o abuso sexual (G1).....	53
Tabela 7 – Distribuição por período de tempo passado após a revelação do abuso sexual (G1).....	53
Tabela 8 – Distribuição por denunciante do abuso sexual (G1).....	54
Tabela 9 – Distribuição dos responsáveis pelas crianças por faixa etária	55
Tabela 10 – Distribuição dos responsáveis pelas crianças por grau de escolaridade	56
Tabela 11 – Distribuição dos responsáveis pelas crianças por classe social	57
Tabela 12 – Distribuição dos responsáveis pelas crianças por estado civil.....	58
Tabela 13 – Distribuição dos responsáveis pelas crianças por religião.....	59
Tabela 14 - Distribuição das crianças com familiar(es) alcoollista(s).....	60
Tabela 15 - Distribuição das crianças com familiar (es) dependente (s) químico (s).....	60
Tabela 16 - Distribuição das crianças por tipo de relacionamento dos pais ou responsáveis	61
Tabela 17 - Distribuição das crianças por tempo de exposição a conteúdos televisivos.....	62

Tabela 18 - Distribuição das crianças por tempo (em horas) de exposição a conteúdos da internet	63
Tabela 19 – Índice de consistência interna do CSBI por grupo	64
Tabela 20 – Distribuição de pontos CSBI obtidos pelos grupos	65
Tabela 21 – Estatística descritiva da pontuação total no CSBI por grupo.....	66
Tabela 22 – Estatística descritiva da pontuação total no CSBI por grupo e faixa etária das crianças.....	67
Tabela 23 – Matriz de correlação das pontuações com a idade.....	67
Tabela 24 - Estatística descritiva da pontuação total no CSBI por grupo e faixa etária dos responsáveis.....	68
Tabela 25 - Estatística descritiva da pontuação total no CSBI por grupo e sexo das crianças.....	69
Tabela 26 - Estatística descritiva da pontuação total no CSBI por grupo e escolaridade dos responsáveis.....	70
Tabela 27 – Estatística descritiva da pontuação total no CSBI por grupo e classe social.....	71
Tabela 28 – Estatística descritiva da pontuação total no CSBI por grupo e estado civil do responsável.....	72
Tabela 29 – Estatística descritiva da pontuação total no CSBI por grupo e religião do responsável.....	73
Tabela 30 – Estatística descritiva da pontuação total no CSBI por grupo e presença de familiar alcoolista	74
Tabela 31 – Estatística descritiva da pontuação total no CSBI por grupo e presença de familiar dependente químico.....	75
Tabela 32 – Estatística descritiva da pontuação total no CSBI por grupo e nível de relacionamento dos responsáveis.....	76
Tabela 33 – Matriz de correlação das pontuações com horas de exposição à TV.....	77
Tabela 34 – Matriz de correlação das pontuações com horas de exposição à internet.....	77

GRÁFICOS

Gráfico 1 - Distribuição das crianças participantes por grupo.....	50
Gráfico 2 - Distribuição das crianças participantes por idade (em anos)	52
Gráfico 3 - Distribuição dos responsáveis pelas crianças por idade (em anos)	56
Gráfico 4 – Distribuição das pontuações obtidas no CSBI pelos grupos.....	65

LISTA DE SIGLAS

CSBI	Child Sexuality Behavior Inventory
CBCL	Child Behavior Checklist
DRSB	Developmentally Related Sexual Behavior
TRF	Teacher's Report Form
SASI	Sexual Abuse Specific Items
T	Versão original do instrumento de medida (em inglês)
T1	Versão preliminar do instrumento de medida traduzido do inglês para o português
TF	Versão final do instrumento de medida traduzido do inglês para o português
BT	Versão <i>back-translation</i> (ou retrotradução) do instrumento de medida do português para o inglês
G1	Grupo clínico
G2	Grupo controle

1. INTRODUÇÃO

Dada a necessidade de se compreender o comportamento sexual normal em crianças, bem como comportamentos indicadores de abuso sexual, o *Child Sexuality Behavior Inventory* (Friedrich, 1997) foi desenvolvido baseando-se no reconhecimento de que o abuso sexual está relacionado à presença de determinados comportamentos sexuais precoces em crianças. Esse inventário possibilita o relato de uma ampla gama de comportamentos sexuais pelos pais ou responsáveis pela criança. Os dados coletados pelo inventário são utilizados na avaliação das crianças que foram, ou há suspeita, vítimas de abuso sexual. O *Child Sexuality Behavior Inventory – CSBI*, foi desenvolvido a partir da descoberta de que os itens sobre o comportamento sexual do *Child Behavior Checklist - CBCL* (Achenbach, 1991), foram úteis para discriminar crianças abusadas sexualmente de crianças não abusadas (Friedrich, 1997).

O CSBI contém um caderno com 38 itens que descrevem uma grande variedade de comportamentos sexuais que abrangem nove domínios:

- a) Limites interpessoais (*Boundary Issues*) – com descritores (itens) relacionados a aproximações indevidas e íntimas com desconhecidos, por exemplo: “*Coloca sua boca nos seios da mãe ou de outras mulheres*”.
- b) Ansiedade sexual (*Sexual Anxiety*) – com um descritor de aumento de ansiedade na criança ao presenciar sinais de afeto entre adultos, como beijos e abraços, exemplo: “*Fica chateado quando adultos se beijam ou se abraçam*”.
- c) Exibicionismo (*Exhibitionism*) – com descritores de exibição de partes do próprio corpo pela criança a adultos e outras crianças, exemplo: “*Mostra genitais para adultos*”.
- d) Intromissão sexual (*Sexual Intrusiveness*) – com descritores de violação da privacidade de outras pessoas (adultos ou crianças) tocando seus órgãos genitais sem permissão, exemplo: “*Tenta despir outra criança contra sua vontade (abre calças, camisa, etc.)*”.
- e) Representação de papéis sexuais (*Gender Role Behavior*) – itens que descrevem desejo de pertencer ao sexo oposto, exemplo: “*Veste-se como o sexo oposto*”.

- f) Conhecimento sexual (*Sexual Knowledge*) – descritores de comportamentos que expressam conhecimento sexual acima do esperado para a idade da criança, exemplo: “*Sabe mais sobre sexo do que outras crianças com sua idade*”.
- g) Auto-Estimulação (*Self-Stimulation*) – descritores de comportamentos de auto-estimulação com propósito de obtenção de prazer sexual, exemplo: “*Masturba-se com brinquedos ou objetos (cobertor, travesseiro, brinquedo de plástico)*”.
- h) Comportamento Voyeurístico (*Voyeuristic Behavior*) – descritores de interesse e esforços da criança para observar partes sexuais de outros, exemplo: “*Tenta olhar pessoas quando estão nuas ou se despindo*”.
- i) Interesse sexual (*Sexual Interest*) – descritores de interesse pelo sexo oposto ou comportamentos sexuais, exemplo: “*Conversa de forma sedutora*”.

Para a interpretação clínica as respostas obtidas em cada item são agrupadas em três sub-escalas. A “Escala Total” (CSBI Total) indica o nível global do comportamento sexual apresentado pela criança e a pontuação é obtida a partir do cálculo das respostas de todos os itens.

A sub-escala “Comportamento Sexual relacionada ao estágio do desenvolvimento” (*Developmentally Related Sexual Behavior - DRSB*) indica o nível de comportamentos sexuais apresentados que podem ser considerados normativos para a idade e o gênero da criança. É composta por grupos de itens da escala total de acordo com o sexo e a faixa etária. A *DRSB* reflete o nível apropriado de comportamento sexual por idade e sexo uma vez que os comportamentos que a compõem foram relatados por 20% dos cuidadores e/ou responsáveis da criança na amostra normativa. Estes responderam terem observado os comportamentos pelo menos uma vez nos seis meses que antecederam a aplicação do instrumento.

E por último a sub-escala “Itens Específicos do Abuso Sexual” (*Sexual Abuse Specific Items - SASI*) que descreve comportamentos sexuais relativamente atípicos para a idade e o gênero da criança, e que são observados com maior frequência em crianças que sofreram abuso sexual, mas que podem, no entanto, ocorrer em crianças sujeitas a outras influências ambientais. Por essa característica o escore padrão dessa escala é clinicamente significativo apenas quando atinge 65 ou mais pontos de acordo com a normatização americana, o que pode indicar a ocorrência prévia e/ou atual de abuso sexual.

Como na normatização do instrumento observou-se a influência da variável “nível de escolaridade da mãe” (a escolaridade da cuidadora e/ou responsável da criança também se encontra nessa variável) e “renda familiar” na frequência de comportamentos relatados (maior nível de escolaridade e renda familiar relatavam maior frequência de comportamentos), o escore clinicamente significativo nessa sub-escala só pode ser obtido a partir do controle dessas variáveis.

Nesse sentido, o presente estudo se propôs a traduzir e adaptar culturalmente para a língua portuguesa este inventário, assim como, investigar evidências de validade para a realidade brasileira. Para isto, foram comparados os resultados obtidos no CSBI, por dois grupos de crianças de 2 a 12 anos, sendo considerado como grupo clínico, o grupo das crianças com história ou suspeita de serem vítimas de abuso sexual, tendo em vista que estudos anteriores encontraram diferença significativa nas pontuações obtidas no CSBI entre esses grupos.

1.3. JUSTIFICATIVA

A justificativa da presente pesquisa se deve ao fato que os profissionais que atuam na atenção à saúde da criança e do adolescente, necessitam de um instrumento de rastreio para a avaliação de comportamentos sexuais normativos (com relação a faixa etária e gênero) e não normativos (decorrentes de contingências ambientais) que podem indicar a ocorrência de abuso sexual vivido dentro ou fora do lar.

Os indicadores de abuso sexual identificados com o *Child Sexuality Behavior Inventory - CSBI* possibilitam o início da avaliação e intervenção de agentes de saúde ou educação, de casos suspeitos de abuso sexual, para a redução de fatores de risco e possíveis psicopatologias decorrentes deste tipo de violência, sendo um componente a mais da avaliação, que pode ser realizada por pediatras, psiquiatras, neurologistas, psicólogos, assistente sociais ou professores, bastando para isso conhecimento prévio em teorias do desenvolvimento e nas variáveis que influenciam a expressão de comportamentos sexuais em crianças.

1.4. OBJETIVOS

1.4.1. Objetivo geral

O objetivo geral do estudo é traduzir e adaptar culturalmente para a língua portuguesa do Brasil, o *Child Sexuality Behavior Inventory – CSBI*, assim como, avaliar a validade de conteúdo da versão traduzida por meio de um painel de juízes que avalie a equivalência idiomática, semântica, cultural e conceitual.

1.4.2. Objetivo específico

O objetivo específico é realizar um estudo exploratório e inferencial a fim de verificar as propriedades psicométricas do instrumento, avaliando:

- A confiabilidade do instrumento, por meio do índice de consistência interna.
- A validade de critério do tipo preditivo na versão adaptada do instrumento, para verificar se determinadas condições estão relacionadas à maior pontuação no instrumento, como por exemplo, variáveis como, nível de relacionamento entre os pais, horas de exposição da criança a programas televisivos, abuso de substâncias químicas por membros da família, entre outras.
- A validade de critério do tipo concorrente na versão adaptada, para verificar se o grau de relação das pontuações do instrumento com variáveis externas como a idade da criança, idade da mãe ou responsável, entre outros.
- Avaliar a validade de construto do tipo discriminante, para verificar se o instrumento de medida adaptado diferencia, por meio de sua pontuação, crianças vítimas de abuso sexual de crianças que não foram abusadas.

2. REVISÃO DA LITERATURA

2.1. TRADUÇÃO, ADAPTAÇÃO TRANSCULTURAL E VALIDAÇÃO DE INSTRUMENTOS

O interesse em adaptação transcultural de instrumentos tem crescido de modo constante nos últimos trinta anos. Um fator importante para que isso aconteça é o aumento do interesse pelas diferenças culturais. Isso pode ser verificado quando um instrumento desenvolvido e validado para uma população específica demonstra uma boa confiabilidade e resultados interessantes, o que desperta o interesse de pesquisadores de outros países ou culturas no exame das diferenças e semelhanças culturais (Vijver & Hambleton, 1996). Tal crescimento tem criado a necessidade de desenvolvimento de instrumentos universais de medidas (Guillemin, 1995). Além disso, adaptar um instrumento é consideravelmente mais barato e mais rápido do que construir um novo em outra língua (Hambleton & Patsula, 1999).

2.1.1. Tradução e adaptação transcultural

De acordo com pesquisas anteriores, a adaptação de instrumentos de medida desenvolvidos em uma cultura se resumia à simples tradução do original ou, algumas vezes, à comparação literal deste com uma retrotradução. Pesquisadores de diferentes países e áreas de atuação afirmam que a tradução literal é apenas um dos passos da adaptação transcultural (Vijver & Hambleton, 1996; Moraes et al., 2002; Reichenheim & Moraes, 2007). Para que um instrumento possa ser utilizado em outras culturas, é necessário que ele passe por um rigoroso processo de adaptação e análise psicométrica, uma vez que, apenas a adaptação semântica não é suficiente para suprir as diferenças culturais existentes

entre as duas regiões exploradas. Além disso, se for feita apenas a adaptação semântica, a validade e confiabilidade do instrumento ficam prejudicadas (Moraes et al., 2002; Hasselmann & Reichenheim, 2003).

Na tentativa de evitar instrumentos inadequados, têm sido propostos modelos de tradução e adaptação cultural. No entanto, não existe um consenso quanto às estratégias de execução desses modelos, que não são regras obrigatórias, apenas uma tentativa de ajudar os profissionais que se aventuram no processo de tradução e validação de instrumentos (Instituto Brasileiro de Avaliação Psicológica - IBAP, 2003).

Nesse sentido, Guillemin (1995) propõe os seguintes passos para a tradução e validação de um instrumento de medida: 1) a produção de várias traduções do instrumento, feita por tradutores nativos, no idioma em que o constructo será traduzido; 2) a realização de retrotraduções para a língua original do teste, realizada por diferentes tradutores; 3) a formação de um comitê multidisciplinar formado por pessoas bilíngues, especialistas e pessoas leigas, com o objetivo de comparar a versão original com a final, e garantir que a tradução esteja totalmente compreensível. Esse processo envolve, ainda, a avaliação da equivalência semântica (significado das palavras), idiomática (expressões coloquiais ou substituição adequada de uma determinada palavra que não faça sentido na cultura local), conceitual (correspondência literal entre as palavras do instrumento original e das retrotraduções); 4) pré-teste da versão final para verificar a equivalência com a versão original; e 5) considerar a pontuação e os comentários do comitê (quando relevante). Posteriormente, Beaton, Bombardier, Guillemin & Ferraz (2000) publicaram um manual com instruções sobre o processo de tradução e adaptação transcultural de um instrumento de medida que ocorre em 4 fases:

a) Fase I (inglês para o português): é realizada a tradução do instrumento, permitindo que sejam detectados erros e interpretações ambíguas do original (T). Essa tradução deverá ser por dois ou mais intérpretes que possuam o português como língua materna e sejam fluentes na língua inglesa. As características desses tradutores são de extrema importância, pois eles devem ser culturalmente representativos da população a ser estudada, devem ter perfis e experiências profissionais diferentes. Isso garante uma versão onde será preservado o mesmo

significado de cada item entre as duas línguas, no sentido de manter a integridade do instrumento original. É importante, incluir um indivíduo sem conhecimento técnico da área da saúde, pois este refletirá a língua usada pela população em geral.

b) Fase II (Reunião de Consenso): Nesta fase, deverá ocorrer uma revisão das traduções com a finalidade de ser elaborada a versão preliminar do instrumento (T1), após uma concordância entre pesquisadores e tradutores. Os integrantes desse comitê devem ser bilíngues, especialistas na área do instrumento em questão e representar diferentes áreas do conhecimento. O trabalho desta equipe consiste em detectar possíveis divergências nas traduções, cabendo-lhes comparar os termos e palavras entre si, verificando se os itens do instrumento referem-se ou não aos conceitos mensurados no instrumento original.

c) Fase III (*Back-translation* ou retrotradução): Neste passo a versão inicial do português (T1) deverá ser traduzida para o inglês, com o objetivo de compará-la com o original. Os erros ocorridos na primeira tradução poderão ser evidenciados na *back-translation*. É importante que os tradutores sejam fluentes em ambos os idiomas e dominem as formas coloquiais do idioma de origem, e também que não tenham conhecimento prévio do instrumento original. Os significados e interpretações equivocadas obtidos nos procedimentos até essa fase serão encontrados. As discrepâncias serão eliminadas, para evitar que elas se repitam na versão final. A retrotradução deve ser analisada para que se elabore a versão final da *back-translation* (BT) do instrumento.

d) Fase IV (Painel de Juízes): Com o objetivo de atestar a validade de conteúdo do instrumento, as versões T1 e BT no idioma alvo serão encaminhadas a um painel de juízes. Este comitê eliminará irrelevâncias, inadequações e ambiguidades, adequando os aos objetivos e cultura da população para qual o instrumento foi traduzido. Não existem dados na literatura que indiquem o número exato de juízes. É importante que esse comitê avalie a equivalência idiomática (expressões idiomáticas e coloquialismo), equivalência semântica (significados das palavras, uso correto do vocabulário e da gramática), equivalência

experiencial ou cultural (coerência com o contexto ou situação local) e equivalência conceitual (adequação das questões ao público alvo). Deve-se assegurar que a versão traduzida seja compreensível, com o uso de frases curtas, palavras-chave, preferência pela voz ativa, usar nomes no lugar de pronomes e termos específicos. Evitar o coloquialismo, palavras vagas e sentenças com dois verbos que sugerem ações diferentes.

Esses procedimentos são necessários para determinar a formulação de um instrumento claro, imparcial, com a habilidade de ser responsivo. Desta maneira, para comprovar sua legibilidade, é necessário realizar uma aplicação prévia em alguns indivíduos, com perfil semelhante à população a que o instrumento se destina. Comprovada sua legibilidade, inicia-se a avaliação das propriedades psicométricas do instrumento de medida.

2.1.2. Validação do instrumento de medida

Guillemin et. al. (1993) relata a importância da avaliação da escala adaptada, indicando o estudo da confiabilidade e da validade do instrumento de medida. A confiabilidade é a principal característica para a investigação de sua qualidade. Neste caso, devem ser obtidos resultados similares, quando os mesmos indivíduos são testados em ocasiões diferentes (método de teste-reteste) ou por observadores independentes (concordância entre juízes). Desta maneira, a confiabilidade será considerada maior, quando em repetidas mensurações de um atributo, se obtiver uma menor variação. Guillemin et. al. (1993) também refere que um instrumento de medida, como uma escala, por exemplo, é confiável definindo o seu grau de coerência ou precisão com que o instrumento mede o atributo que se propõe a medir. Ou seja, quando suas medidas conseguem refletir, de forma precisa, as medidas reais do atributo investigado.

De acordo com Pereira (1999), a premissa básica para a análise da confiabilidade, em termos de acurácia, é que os itens da escala estejam positivamente relacionados uns com os outros, uma vez que medem o mesmo fenômeno. Assim, o coeficiente de consistência interna que se obtém ao medir a

correlação entre os itens expressa a confiabilidade da medida. Essa confiabilidade pode ser avaliada tendo-se em conta 10 aspectos: a estabilidade (identificada com a análise dos dados de uma 1ª e 2ª aplicação, conhecido como teste e reteste); a equivalência (determinada pela utilização de avaliadores diferentes para o mesmo instrumento, conhecido como concordância entre juízes) e a consistência interna (isso acontece quando o conjunto de elementos ou itens da escala elaborada mensura apenas o atributo principal). O coeficiente de correlação expressa o nível de relação ou correspondência que existe entre dois eventos. Assim, os resultados semelhantes obtidos nas diferentes aplicações indicam uma correspondência entre elas, e quanto mais o coeficiente se aproxima de 1 (positivo), mais próximo de 100% será a correspondência.

No que se refere ao conceito de validade, necessário no processo de validação de um instrumento de medida, costuma-se dizer que um teste é válido quando mede o que supostamente deve medir, e, segundo a AERA, APA e NMCE (1999), a validade revela o quanto a evidência e o suporte teórico do teste estão absorvidos na proposta apresentada e pode ser verificada por meio de *evidência baseada no conteúdo*, que levanta dados sobre a representatividade dos itens do teste que se pretende avaliar; *evidências baseadas em processo de resposta*, que referem-se aos processos mentais envolvidos na realização das tarefas propostas pelo teste; *evidência de validade na estrutura interna*, que corresponde às correlações entre itens que pode avaliar o mesmo construto ou verificar as correlações entre os subtestes avaliando construtos similares. Sobre as *evidências baseadas nas relações com outras variáveis*, refere-se a padrões de correlação entre os escores do teste e outras variáveis que podem medir o mesmo construto ou construtos relacionados (convergente) ou construtos diferentes (divergente). E por último, *evidências baseadas nas consequências da testagem*, que verifica as consequências sociais intencionais ou não do uso do teste para verificar se sua utilização está apresentando os efeitos desejados de acordo com o objetivo proposto.

Segundo Hogan (2006), a definição de validade é “o grau em que um teste de fato mensura aquilo a que se propões mensurar”. Sendo assim, não se deve pensar em validade de um teste, mas na validade de suas pontuações (scores). Também quando se pensa em validade, deve-se pensar em qual força ou grau um determinado teste é válido. Portanto, o objetivo de um teste de validação é saber se

um determinado teste é suficientemente “forte” para mensurar determinada variável e não simplesmente aceitá-lo ou refutá-lo como válido. Ou ainda, em que grau as pontuações de determinado teste são válidas para determinar o que ele de fato pretende avaliar.

Anastasi & Urbina (2000) explicam que a avaliação da validade de um instrumento de medida, quer seja ele um teste ou uma escala, abrange os seguintes aspectos:

a) Validade de conteúdo: trata da relação entre o conteúdo de um teste e um domínio bem definido de conhecimento ou de comportamento. Esta validade pretende determinar se o conteúdo do teste cobre todos os conteúdos do domínio. Neste tipo de validade encontra-se a validade de face como um subtipo no qual se avalia o quanto um teste parece medir aquilo a que se propõe. É uma espécie de inspeção de um teste pelo examinador, associado à percepção dos respondentes do teste, de que aquelas perguntas se referem de fato ao construto teórico que se pretende avaliar. Esse tipo de validade nunca poderá substituir, entretanto, a validade empiricamente demonstrada por meio da validade de critério e de construto.

b) Validade de critério: tenta estabelecer a relação entre o desempenho no teste e algum outro critério. Os dois subtipos da validade de critério são a validade preditiva, que tenta prever a condição futura do examinando quanto a algum critério e a validade concorrente, que investiga a grau de relação entre o desempenho do indivíduo em um teste e uma condição concorrente, como por exemplo, os resultados obtidos em outro teste que mede o mesmo construto.

c) Validade de construto: A validade de construto refere-se à extensão em que podemos dizer que o teste mede um construto teórico ou um traço psicológico e requer a acumulação gradual de informações de diversas fontes. A validade de construto pode ser obtida por meio de alguns métodos como a validade convergente e divergente, a validade discriminante e a análise fatorial. As validades convergente e divergente, indicam o grau da relação entre as pontuações de um teste e outras medidas, que avaliam construtos similares (convergentes) ou diferentes (divergentes). A validade discriminante determina a extensão na qual

ocorre correlação entre as variáveis obtidas, pela aplicação de um instrumento que distingue indivíduos ou grupos, onde teoricamente seria esperada uma diferença. A análise fatorial é um grupo de técnicas estatísticas que lidam com padrões de correlação para estimar a consistência interna, que também constitui uma evidência da validade.

2.2. O CONSTRUTO “COMPORTAMENTO SEXUAL DE CRIANÇAS”

Para Rutter (1971), o conceito de comportamento sexual se refere ao conjunto de comportamentos biológicos ou determinados socialmente que são observados em grande parte das crianças desde os primeiros anos de vida. Segundo o autor, desde cedo as crianças fazem perguntas sobre as diferenças sexuais e a origem dos bebês, seus conhecimentos sobre estes temas são paralelos ao seu desenvolvimento cognitivo e a aquisição de novos conceitos. A identidade de gênero está bem estabelecida por volta dos 3 anos, mas só posteriormente as crianças reconhecem o sexo de outras pessoas com segurança. Diferenças entre os sexos no comportamento são evidentes por volta dos 2 anos, antes mesmo que as crianças conheçam seu próprio sexo. Apesar das diferenças sexuais serem biologicamente determinadas, é comum observar o desenvolvimento posterior de diferenças de sexo em atitudes, escolha dos jogos e em outras atividades, mas isto é determinado socialmente.

Rutter (1971) explica que é comum a criança pré-escolar tocar a própria genitália e é durante a infância que se desenvolvem os interesses específicos de cada sexo. Em ambos os sexos há um aumento significativo da atividade sexual apenas na puberdade, no qual o comportamento homossexual ocorre como uma fase transitória, em até 1/4 dos adolescentes. Entretanto, o autor explica que a carência de dados sobre o comportamento sexual típico é decorrente do fato de que este nunca foi o foco central das pesquisas do desenvolvimento, com base no fato que humanos, incluindo crianças, são seres sexuais por natureza. Em sua revisão da literatura do desenvolvimento sexual de crianças, o autor enfatiza o ponto comum entre as pesquisas existentes, que é a alegação de que crianças são seres sexuais desde o nascimento e que na infância tem a capacidade para ereção

do pênis e lubrificação vaginal tanto quanto o ser adulto, sendo estes sinais biológicos indícios do desenvolvimento de comportamentos sexuais mais complexos em idades posteriores. O autor finaliza sugerindo que, apesar de se observar com maior frequência em crianças da pré-escola a expressão de mais comportamentos sexuais do que em crianças maiores – como comportamentos de auto-estimulação, por exemplo –, essa diferença pode meramente indicar que as maiores escondem mais seus comportamentos sexuais de seus pais, e não de que há uma menor expressão de comportamentos sexuais nessa fase do desenvolvimento.

Ainda assim, o relato parental, por meio de escalas e inventários tem sido o método mais utilizado para avaliar quais são os comportamentos sexuais de crianças no campo teórico e empírico que ainda se encontra em formação, mas com dados que acenam para a regularidade estatística do fenômeno, e que portanto, justifica sua normatização. Nesse sentido, Rosenfield, Bailey, Siegel e Bailey (1986) observaram que os pais relataram que 30% a 45% de suas crianças, com menos de 10 anos de idade, tocaram os seios da mãe ou seus órgãos genitais pelo menos uma vez.

Outros estudos coletaram dados junto a cuidadores de creches, uma vez que estes, muitas vezes, passam mais tempo com as crianças do que seus pais biológicos (podendo observá-los melhor) como é o caso do estudo de Phipps-Yonas, Yonas, Turner, Kamper (1993) que indagaram a uma amostra de 564 cuidadores de uma creche, sobre o comportamento sexual de crianças entre 1 a 3 e 4 a 6 anos. O achado mais consistente, relacionado com a idade, foi que no grupo das mais velhas (de 4 a 6 anos), as crianças demonstravam imitar comportamentos sexuais que tinham visto ou ouvido falar.

Lamb e Coakley (1993) entrevistaram crianças do sexo feminino sobre a lembrança de terem participado de experiências sexuais com outras crianças (média de idade = 7.5 anos, desvio padrão = 2.0). Cerca de 14% relataram beijar outra criança, 26% relataram exposição de partes íntimas, 15% relataram que suas genitálias foram tocadas sem se despir, 17% que suas genitálias foram tocadas após serem despidas, 6% relataram colocar objetos nas genitálias ou próximo delas, e 4% relataram contato oral-genital. Para alguns dos comportamentos citados pelas crianças, os pais relataram uma frequência ainda maior no *Child Sexuality Behavior Inventory* (CSBI), ou seja, 38,4% dos pais relataram que sua

filha tinha tocado seus órgãos genitais nos últimos seis meses. Isto sugere que para alguns comportamentos, o relato dos pais pode ser mais válido do que os das próprias crianças, especialmente quando se trata de comportamentos que acontecem num curto espaço de tempo.

Browne & Finkelhor (1986) e Kendell-Tackett et al.(1993) em duas importantes revisões da literatura empírica sobre comportamento sexual de crianças encontraram que o relato dos pais foi capaz de descrever uma alta frequência de brincadeiras sexuais inapropriadas, que constituem o maior preditor das consequências do abuso sexual infantil. Crianças abusadas sexualmente quando comparadas a crianças não abusadas, exibiam comportamentos sexualizados com maior frequência em seis dos oito estudos citados pelos autores.

Nesse sentido, Sanderson (2004/2005) explica que ocorre em alguns casos de crianças que sofreram abuso sexual, aumento de comportamentos sexuais inadequados e persistentes, com adultos, crianças ou brinquedos, temas sexuais nos trabalhos artísticos, em histórias ou em jogos, masturbação compulsiva, exibicionismo e promiscuidade. Em alguns casos, observa-se compreensão claramente sofisticada sobre sexo.

Friedrich, Fisher, Broughton, Houston e Shafran (1998) descrevem o comportamento sexual de crianças abusadas, e explicam que este pode ser dividido em categorias, todas elas correspondentes a comportamentos encontrados em adultos. Dentre esses encontram-se comportamentos de pouca ou grande exposição, como imposição de limites nos contatos interpessoais (evitação), exibicionismo, representação de papéis sexuais, auto-estimulação, ansiedade sexual, interesse sexual, intromissão sexual, orientação sexual, conhecimento sexual exagerado e comportamento voyeurístico. Algumas crianças mantêm-se fisicamente distantes no relacionamento interpessoal. No entanto, crianças pequenas, podem ficar demasiadamente próximas de pessoas que não são da família, e até esfregar seu corpo nestas. Nesse caso, elas podem casualmente tocar os seios da mãe ou os órgãos genitais de seus pais, e até mesmo de estranhos.

De acordo com Friedrich et.al.(1998), ocasionalmente pode-se observar exibicionismo em crianças que expõem ou solicitam a exposição de partes íntimas do corpo para crianças ou adultos, muitas vezes com o pretexto de "brincar de médico". Há casos de auto-estimulação, bem como masturbação, ou seja, esfregam ou tocam diferentes partes do corpo em busca de prazer. Algumas crianças

demonstram excessiva curiosidade com relação a assuntos sexuais, incluindo o interesse pelos indivíduos do sexo oposto e o interesse em cenas de sexo, em filmes ou programas na televisão. Em alguns casos, há uma considerável intromissão sexual, ou seja, um comportamento invasivo no qual a criança obriga outras crianças, de forma coerciva a lhe dar prazer, enquanto que, em comportamentos voyerísticos, a criança parece buscar ver partes nuas ou parcialmente vestidas em crianças e adultos.

Dessa forma, Consentino, Meyer-Bahlburg, Apert & Gaines (1995), encontraram diferença significativa no papel sexual e conflito de identidade em pré-adolescentes abusadas sexualmente comparadas a um grupo de pré-adolescentes de uma clínica pediátrica e outro de um ambulatório psiquiátrico.

2.3. CONSTRUÇÃO DO CSBI

2.3.1. Seleção de itens

De acordo com Friedrich, Beilke & Urquiza (1987) o *Child Sexuality Behavior Inventory* (CSBI) começou a ser desenvolvido em 1983 com a revelação de que os itens relacionados ao comportamento sexual do CBCL (Achenbach, 1991) foram muito úteis em discriminar crianças abusadas sexualmente das não abusadas. Posteriormente, itens especificamente mais comportamentais foram escritos e combinados com comportamentos sexuais relatados em entrevistas com responsáveis de crianças abusadas sexualmente. Purcell et al. (1986) desenvolveram 40 itens para um estudo piloto com 71 crianças não abusadas e 35 crianças abusadas sexualmente e os resultados demonstraram diferença entre a média de pontos de cada grupo.

Friedrich, W. (1997) explica que a amostra original de 40 itens foi expandida para 48 itens, e 16 dos 40 itens iniciais foram reescritos. Essas mudanças foram realizadas depois de entrevistas com 32 responsáveis por crianças abusadas sexualmente, que resultou na identificação de um número adicional de comportamentos sexuais observados nessas crianças. Dos 48 itens, três itens foram

incluídos sobre a reação da criança quando exposta à nudez da família e 5 itens relativos ao comportamentos com o próprio corpo, como inserir objetos em orifícios. Durante a coleta de dados, os pais indicaram que 5 dos itens adicionados estavam mal formulados. Assim, 13 dos 48 itens foram descartados da análise final, deixando um total de 35 itens.

Essa versão de 35 itens do CSBI foi então estudada com 880 crianças (Friedrich et. al, 1992), com idades entre 2 e 12 anos, selecionadas pela ausência de abuso sexual e 276 crianças com histórico de terem sofrido mais de um episódio de abuso sexual. A pontuação total no CSBI apresentou diferença entre os dois grupos depois de controlar as variáveis idade, gênero, anos de escolarização da mãe e renda familiar. As crianças abusadas sexualmente obtiveram pontuações maiores e estatisticamente significativas em 27 dos 35 itens. Mais adiante, os 35 itens da escala foram refinados, com 6 itens descartados, 3 itens reformulados, e 7 itens adicionados para os 27 itens que apresentaram diferença significativa nesse estudo.

Friedrich (1993) examinou essa versão de 36 itens com uma nova amostra normativa (N=141) e uma amostra de crianças abusada sexualmente (N=133). As diferenças entre os grupos foram significativas para 35 dos 36 itens. A versão atual de 38 itens é baseada neste estudo. De 36 itens, 22 foram retidos, 1 foi descartado, 3 foram adicionados, e 12 itens foram reescritos para ficarem mais claros e simples (exemplo, Item 18 mudou de “Insere ou tenta inserir objetos na vagina/anus” para “Coloca objetos na vagina ou reto”).

2.3.2. Evidências de validade do CSBI

Com o desenvolvimento do CSBI e a publicação de sua primeira versão (Friedrich et. al., 1991) investigou-se sua validade convergente e discriminante. Hewitt & Friedrich (1991) verificaram que a pontuação total do CSBI discrimina pré-escolares abusados sexualmente dos não abusados. Friedrich, Jaworski, Huxsahl & Bengtson (1997) encontraram que crianças em idade escolar abusadas sexualmente também diferem de crianças tratadas por problemas emocionais ou psiquiátricos que não têm história de abuso sexual.

Em outro estudo, Wherry, Jolly, Adam & Manjanatha (1995), relataram os achados para o CSBI para uma amostra de pacientes psiquiátricos do sexo masculino internados. Os resultados indicaram diferenças significativas nas pontuações obtidas entre o grupo de pais que tiveram filhos abusados sexualmente dos que não tiveram, sendo superiores para o grupo de pais com filhos que sofreram o abuso. Nesse sentido a experiência da violência sexual parece influenciar a presença e frequência de comportamentos sexuais, refletindo na pontuação. No entanto, Higgins & McCabe (1998) verificaram que a pontuação total do CSBI se correlaciona com a história de abuso sexual, mas não com outros tipos de maus-tratos, inclusive abuso físico, abuso psicológico e negligência o que atesta para a validade divergente do instrumento.

Ainda sobre a validade do instrumento para discriminar crianças vítimas de abuso sexual, Consentino, Meyer-Bahlburg, Alpert, Weinberg & Gaines (1995) encontraram que a média da pontuação total do CSBI difere significativamente entre garotas abusadas sexualmente e dois grupos comparativos de garotas de 6 a 12 anos que não foram abusadas sexualmente. Os grupos comparativos foram compostos por garotas de um serviço de atendimento ambulatorial de assistência pediátrica e psiquiátrica a crianças. Os autores descobriram que os itens do CSBI pertencentes às dimensões limites interpessoais (*boundary problems*), intromissão sexual (*sexual intrusiveness*) e auto-estimulação (*self-stimulation*) foram os mais úteis para discriminar garotas abusadas sexualmente das não abusadas.

O instrumento também discrimina outros grupos além de crianças abusadas sexualmente, como Friedrich et. al. (1991) e Consentino et. al. (1995) verificaram com as versões anteriores do CSBI. Estes pesquisadores observaram que a pontuação total do instrumento se correlaciona a outros tipos de comportamentos informados pelos pais no CBCL. Por exemplo, a pontuação total do CSBI se correlacionou significativamente ao escore *T* da dimensão de comportamentos internalizantes (ex: depressão, ansiedade) e externalizantes (ex: agressividade, hiperatividade) do CBCL. Friedrich (1997), também observou na amostra de normatização com 1.114 crianças não abusadas, que a pontuação das dimensões de comportamentos internalizantes e externalizantes do CBCL também se correlacionava significativamente com a pontuação total do CSBI, mesmo depois que influência das variáveis idade, gênero, renda familiar e anos de escolarização

da mãe foram controladas ($F=5.5$, $p<0.0001$, e $F=7.8$, $p<0.0001$, respectivamente).

Friedrich et. al. (1992) também correlacionou as pontuações do CSBI às classificações dos professores sobre o comportamento sexual das crianças. A classificação foi obtida com o *Teacher's Report Form* (TRF), a partir da avaliação de 31 crianças (média de idade=8.2 anos) de uma amostra clínica, ou seja, abusadas sexualmente. Três itens (exemplo: brinca com partes sexuais em público, faz jogos sexuais com seus pares, e tem problemas sexuais [descreva]) foram adicionadas à padronização do TRF e classificadas pelos professores das crianças abusadas com uma mesma escala de 3 pontos usada no TRF. As pontuações nos 3 itens se correlacionaram ($r=0.36$; $p<0.05$) com a pontuação total da versão do CSBI de 35 itens, respondida pelas mães ou responsáveis do sexo feminino. Posteriormente, a mesma estratégia foi aplicada em outra amostra clínica de 43 crianças (média de idade=8.3 anos). Elas foram classificadas por seus professores no TRF, e por suas mães ou responsáveis do sexo feminino na versão atual do CSBI de 38 itens. As pontuações nos 3 itens do TRF se correlacionaram ($r=0.40$; $p<0.05$) com a pontuação total do CSBI, atestando assim a validade convergente do instrumento.

2.3.2.1. Família e natureza do abuso como evidências de validade

Para Friedrich (1997), a sexualidade da família (exemplo, a criança dormir no mesmo quarto dos pais, tomar banho com eles, vê-los nus, se despindo ou vestindo, ver filmes ou revistas dos pais com cenas de sexo não indicados para a idade, entre outros) parece ter uma correlação consistente com o comportamento sexual tanto na amostra normativa como na clínica, constituindo assim, mais uma evidência de validade de construto. Na pesquisa de normatização do CSBI observaram-se correlações significativas entre a sexualidade da família e as pontuações nas subescalas do CSBI (a DRSB e SASI) para cada grupo de idade e gênero da amostra normativa, sendo a maior no grupo de meninos de 10 a 12 anos ($r=0.33$; $p\leq 0.01$). O autor explica que a sexualidade da família não é um preditor consistente da pontuação na SASI segundo a análise de regressão múltipla

realizada, mas é um preditor da pontuação na DRSB, segundo a mesma análise. Por isto, a pontuação na SASI que tem itens mais específicos de comportamentos decorrentes do abuso sexual, deve ser considerada sempre com cautela, pois pode apenas refletir comportamentos aprendidos pela criança no contexto familiar.

Nesse sentido, a relação de outros aspectos, como a experiência do abuso sexual de crianças e a pontuação total do CSBI, é descrita em ambas as versões do CSBI, tanto na de 35 itens como na atual de 38 itens. Friedrich et. al. (1992) observou que a severidade do abuso, um número maior de perpetradores, e o uso de força foram significativamente associados a pontuação total da versão de 35 itens do CSBI. Friedrich (1997), no estudo de validade mais recente, obteve informações detalhadas dessas três variáveis para 343 das 512 crianças do grupo de abusadas sexualmente, e observou que nesse grupo a pontuação total do CSBI se correlacionou significativamente com a severidade do abuso e o número de perpetradores, mas não com o uso da força. Esses resultados são considerados como evidência de validade de construto por serem condizentes com a descrição do fenômeno por diversos pesquisadores (Yama, Tovey & Fogas, 1993; Finkelhor, 1994; Habigzang, Koller, Azevedo & Machado, 2005).

Outras evidências de validade se referem a sensibilidade e especificidade do instrumento. Para avaliar se o CSBI é sensível ao impacto provocado pelo abuso sexual, Berliner & Saunders, 1996 e Hall-Marley & Damon, 1993, investigaram a sensibilidade do instrumento e relataram redução da pontuação total do CSBI após o tratamento de pacientes submetidos a projetos terapêuticos que visavam a redução de danos causados pelo abuso sexual. Dessa forma, se comprovou a sensibilidade do CSBI ao impacto provocado pelo abuso sexual.

Friedrich (1997), realizou uma análise discriminante com a amostra de normatização e a clínica, e os resultados indicaram que como um teste de rastreio em amostras não clínicas, o CSBI identificaria mais crianças não abusadas como abusadas que crianças abusadas como abusadas. O autor explica que esse fato deve ser considerado na interpretação dos resultados do CSBI, o que assinala a necessidade de usar o instrumento somente como um componente a mais de uma avaliação compreensiva.

2.3.3. Normatização do CSBI

Friedrich (1997) realizou a pesquisa americana de normatização do CSBI com 1.114 mães ou responsáveis por crianças de 2 a 12 anos de idade sem histórico de abuso sexual. Os 38 itens da escala foram administrados juntamente com o CBCL e um questionário para coleta de dados referentes ao estresse e sexualidade familiar, maturidade social da criança, atitudes maternas em relação à sexualidade infantil, e período que criança permanece na creche. Entre os resultados da pesquisa, verificou-se correlação significativa entre o escore total no CSBI e a idade da criança ($r=-0,27$, $p<0,001$). As frequências de comportamentos obtidos entre meninos e meninas em cada item são apresentadas no manual do instrumento para os seguintes grupos de idades: de 2 a 5, de 6 a 9 e de 10 a 12 anos de idade.

Com relação a influência da família e variáveis culturais, a análise de variância demonstrou que somente as variáveis idade [$F(9,3)=0,06$; $p<0,001$] e escolaridade materna [$F(5,0)=0,038$; $p<0,001$] se correlacionaram significativamente ao comportamento sexual e juntas essas variáveis explicaram aproximadamente 10% da variância. Este achado indica que as crianças mais novas tiveram escores mais elevados no CSBI do que crianças mais velhas, e mães com mais anos de escolaridade relataram mais comportamentos sexuais do que mães menos instruídas. Também se verificou que uma ampla gama de comportamentos sexuais foi exibida pelos filhos dos respondentes, mas não são suficientes para crer que estes tenham sido abusados sexualmente. Sua relativa frequência é semelhante a dos estudos que antecederam a essa versão do inventário, o que segundo o autor, reforça a validade dos resultados.

Na normatização holandesa do CSBI realizada com 917 crianças de 2 a 12 anos de idade, resultados semelhantes foram encontrados com relação a variável idade e a frequência relativa de uma ampla variedade de comportamentos sexuais, comparável ao da amostra americana. Com relação a consistência interna, verificou-se um alfa de *Cronbach* de 0,86 (Schoentjes, Deboutte & Friedrich, 1999). Da mesma forma que na normatização americana, somente duas variáveis se correlacionaram significativamente com a média do escore total do CSBI. Essas variáveis foram a idade [$F(99,9)=0,108$, $p<0,001$] e anos de escolaridade da mãe

[$F(11,9)=0,016, p<0,001$]. Juntas essas variáveis explicaram 12,4% da variância. Os resultados novamente confirmaram o efeito da idade na média do escore total do CSBI. Crianças mais novas apresentam escores mais altos que crianças mais velhas (de 10 a 12 anos). Com relação aos anos de escolaridade da mãe e o relato de comportamentos sexuais, as mães com mais anos de escolaridade também relataram mais comportamentos do que as mães com poucos anos de escolaridade.

Com relação a confiabilidade do instrumento, a análise da escala total do CSBI na amostra normativa (Friedrich, 1997) revelou bom nível de consistência interna ($\alpha=0,72$). O coeficiente alpha para a escala total do CSBI na amostra de crianças abusadas sexualmente é de 0,92. Quando analisado para cada um dos três grupos de idade, o resultado foi semelhante. Para a amostra normativa, o coeficiente alpha foi de 0,72 para as idades de 2 a 5 anos, de 0,71 para as idades de 6 a 9 anos, e 0,71 para as idades de 10 a 12 anos. Para a amostra de abuso sexual, o coeficiente alpha para o mesmo grupo de idade foi de 0,93, 0,91 e 0,91 respectivamente. O maior nível de confiabilidade na amostra clínica é comum, segundo o autor que explica que em uma amostra clínica está associado a uma maior variância, que gera um coeficiente mais alto.

Friedrich et. al. (1992), com a versão de 35 itens do CSBI utilizou 94 pais de uma amostra normativa para avaliar a confiabilidade com o método do teste-reteste. Dessa amostra, 70 tornaram a responder um segundo protocolo do CSBI cerca de quatro semanas depois e a correlação da primeira com a segunda aplicação foi de 0,85. Posteriormente, Friedrich (1997), com a versão atual do CSBI com 35 itens, utilizou 87 pais da amostra normativa para avaliar a confiabilidade com o método do teste-reteste. Dessa amostra, 63 tornaram a responder um segundo protocolo do CSBI cerca de duas semanas depois e a correlação da primeira com a segunda aplicação foi de 0,91. Considerados juntos, esses resultados reforçam a confiabilidade do CSBI pelo método do teste-reteste.

3. CASUÍSTICA E MÉTODOS

3.1. TIPO DE ESTUDO

Trata-se de um processo de tradução, adaptação transcultural e validação do instrumento de medida *Child Sexuality Behavior Inventory – CSBI* (Inventário de Comportamentos sexuais da Criança) que visa assegurar a validade de conteúdo da versão em português do instrumento, e investigar evidências empíricas de validade desta versão.

3.2. CASUÍSTICA DO PROCESSO DE VALIDAÇÃO EMPÍRICA

A população para o estudo de evidências de validade de critério (preditivo e concorrente) e de construto (discriminante) do CSBI foi composta de 2 grupos de crianças de 2 a 12 anos de idade, residentes no estado de São Paulo.

3.2.1. Grupo clínico

O grupo clínico (G1) é composto por 28 crianças com história ou suspeita de abuso sexual encaminhadas para avaliação e assistência psicológica e social em instituições governamentais e não-governamentais que prestam assistência social e jurídica a crianças vítimas de violência. As instituições governamentais são:

- Centros de Atenção Psicossocial Infantil (Caps) do município de Taboão da Serra;
- Centro de Referência Especializado de Assistência Social (CREAS) de Osasco;
- Vara da Infância e Juventude do Fórum da Comarca de Barueri.

As instituições não-governamentais são:

- Associação de Amigos voluntários do Projeto Pinderê (AAVPP);
- Serviço de Proteção Social a Crianças e Adolescentes Vítimas de Violência “Amar e Proteger 2”.

Também contribuiu com 2 casos neste grupo o Laboratório de Distúrbios do Desenvolvimento (LADD) do Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo, no qual as crianças foram encaminhadas pela assistência social para avaliação do impacto do abuso sexual no desenvolvimento e encaminhamentos necessários.

3.2.2. Grupo controle

O grupo controle (G2) é composto por 30 crianças sem história ou suspeita de serem vítimas de abuso sexual, matriculadas no Instituto Educacional Portinari, que é uma instituição de ensino privado.

3.2.3. Critérios de inclusão

Foram incluídos no grupo clínico (G1) crianças com história ou suspeita de abuso sexual:

- com registro de boletim de ocorrência em delegacias por abuso sexual;
- com tempo de ocorrência do abuso sexual de no máximo um ano antes da data de coleta dos dados da presente pesquisa;
- inscritas para avaliação e assistência psicológica e social.

Considerou-se como suspeita de abuso sexual, os casos nos quais a criança relatou a um familiar que sofria o abuso e o boletim de ocorrência foi registrado, mas a investigação legal e familiar não obteve evidência jurídica ou médica (por meio do exame sexológico) que comprovassem o ocorrido, como é comum em casos nos quais

não há testemunhas (evidência jurídica) ou penetração vaginal ou anal (evidência médica).

Foram incluídos no grupo controle (G2) crianças sem história ou suspeita de abuso sexual, matriculadas regularmente em uma instituição de ensino privado, sem queixas relacionadas a comportamento ou aspectos cognitivos e emocionais.

3.2.4. Critérios de exclusão

- Foram excluídos do G1 crianças nas quais o único responsável legal era suspeito de ter praticado o abuso sexual, uma vez que não seria possível coletar os dados com responsáveis dessa condição;
- Foram excluídos do G1 e G2 as crianças com Diagnóstico de retardo mental ou Transtornos Globais do Desenvolvimento. Estes casos foram excluídos por se tratar de condições na quais, muitas vezes, é incomum o desenvolvimento de comportamentos sexuais normativos a idade e sexo em função do pouco controle dos impulsos que indivíduos com grau moderado a grave apresentam. A inclusão desses indivíduos na validação empírica do CSBI comprometeria a análise dos resultados.

3.2.5. Tamanho da amostra

Para o estudo de validade de critério e de construto do CSBI fez-se utilização de amostras não probabilísticas (G1 e G2), uma vez que a amostra de dados que reflitam precisamente a população não é o propósito da pesquisa. Neste sentido, optou-se por uma amostra por conveniência suficiente para o estudo comparativo do grupo clínico e controle, a fim de se estimar, principalmente, a validade de construto (discriminante) do instrumento.

3.3. MÉTODOS

3.3.1. Instrumentos utilizados na validação empírica do CSBI

3.3.1.1. Questionário da Pesquisa

Administrou-se um questionário (APÊNDICE C) para o conhecimento de outras variáveis independentes (além do abuso sexual) que poderiam influenciar ou alterar os comportamentos sexuais das crianças dos dois grupos da pesquisa (variável dependente), como por exemplo, frequência diária de uso da televisão, computador (internet). Questões sobre a relação dos pais, o abuso de substâncias químicas por algum membro da família, condição sócio-econômica, anos de escolaridade do responsável, entre outros também foram abordadas no questionário que tem por finalidade obter dados para validade de critério do tipo preditivo.

3.3.1.2. Escala de Classe Social – Pelotas (Lombardi et al., 1988).

Aplicou-se a Escala de classe social - Pelotas (ANEXO E) com o intuito de identificar a qual grupo social os membros do G1 e G2 da validação do CSBI pertencem. Para isso, os responsáveis pelas crianças dos dois grupos responderam aos itens da escala informando a forma de inserção nos processos de produção, circulação e coadjuvantes, do componente da família que recebe a maior renda. A escolha desse instrumento se deve ao fato de que as informações obtidas por meio de questionários com itens sobre a renda econômica do indivíduo não favorecem a compreensão sobre o acesso que este tem à infra-estrutura de saúde e ensino, à quantidade e qualidade de alimentos, à habitação e ao vestuário (Lombardi et al., 1988).

Nesse sentido, optou-se por utilizar essa escala como forma de obter informações a respeito da classe social da família, para tornar possível a caracterização da amostra e a investigação de possíveis diferenças nos resultados em função da classe

social do respondente. No ANEXO F é possível observar as definições dos termos utilizados na escala e a composição das classes sociais.

3.3.1.3. Child Sexuality Behavior Inventory - CSBI (Friedrich, 1997)

O CSBI (ANEXO A para versão original, e APÊNDICE D para versão traduzida e adaptada para o português) contém um caderno com 38 itens que descrevem uma grande variedade de comportamentos sexuais que abrangem nove domínios:

- a) Limites interpessoais (*Boundary Issues*): itens 2,7,17,24,26,32,36 – descritores relacionados a aproximações indevidas e íntimas com desconhecidos.
- b) Ansiedade sexual (*Sexual Anxiety*): item 25 – descritor de aumento de ansiedade na criança ao presenciar sinais de afeto entre adultos, como beijos e abraços.
- c) Exibicionismo (*Exhibitionism*): itens 21,33 – descritores de exibição de partes do próprio corpo pela criança a adultos e outras crianças.
- d) Intromissão sexual (*Sexual Intrusiveness*): itens 9,10,11,13,14,16,27,29,31,34 – com descritores de violação da privacidade de outras pessoas (adultos ou crianças) tocando seus órgãos genitais sem permissão.
- e) Representação de papéis sexuais (*Gender Role Behavior*): itens 1,3 – itens que descrevem desejo de pertencer ao sexo oposto.
- f) Conhecimento sexual (*Sexual Knowledge*): itens 20,23,37 – descritores de comportamentos que expressam conhecimento sexual acima do esperado para a idade da criança.
- g) Auto-Estimulação (*Self-Stimulation*): itens 4,5,8,12,18 – descritores de comportamentos de auto-estimulação com propósito de obtenção de prazer sexual.
- h) Comportamento Voyeurístico (*Voyeuristic Behavior*): 19,22,30 – descritores de interesse e esforços da criança para observar partes sexuais de outros.
- i) Interesse sexual (*Sexual Interest*): itens 6,15,28,35 – descritores de interesse pelo sexo oposto ou comportamentos sexuais.

Os 38 itens do inventário são escritos com base no nível de leitura de indivíduos do ensino fundamental e seu preenchimento leva cerca de 15 minutos. A mãe e/ou responsável escreve diretamente no caderno, indicando quantas vezes observou cada um dos comportamentos enumerados durante os seis meses anteriores.

Cada item pode ser preenchido com base em uma escala likert de 4 pontos, que vai de 0 (nunca) a 3 (pelo menos uma vez por semana). A pontuação mínima que pode ser obtida é 0 e a máxima é 114, no caso da criança avaliada obter nos 38 itens do instrumento 3 pontos.

A interpretação clínica das respostas em cada item são obtidas três sub-escalas:

- A “Escala Total” (CSBI Total) indica o nível global do comportamento sexual apresentado pela criança e a pontuação é obtida a partir do cálculo das respostas de todos os itens.
- A sub-escala “Comportamento Sexual relacionada ao estágio do desenvolvimento” (*Developmentally Related Sexual Behavior - DRSB*) indica o nível de comportamentos sexuais apresentados que podem ser considerados normativos para a idade e o gênero da criança. É composta por grupos de itens da escala total de acordo com o sexo e a faixa etária. A *DRSB* reflete o nível apropriado de comportamento sexual por idade e sexo.
- A sub-escala “Itens Específicos do Abuso Sexual” (*Sexual Abuse Specific Items - SASI*) descreve comportamentos sexuais relativamente atípicos para a idade e o gênero da criança, e que são observados com maior frequência em crianças que sofreram abuso sexual, mas que, no entanto, podem ocorrer em crianças sujeitas a outras influências ambientais.

O Manual técnico fornece informações relativas ao desenvolvimento do CSBI, sua administração e pontuação, interpretação, dados normativos, confiabilidade e validade. Também são apresentados dados da pesquisa realizada com o CSBI em 512 crianças de centros de assistência a vítimas de abuso infantil. No apêndice do manual são apresentadas tabelas por idade e sexo para conversão de pontos brutos em padronizados (escore-T).

3.3.1.4. Dados adicionais do grupo clínico

Informações adicionais do grupo clínico foram obtidas por meio do formulário “Dados adicionais do grupo clínico” (APÊNDICE E). O formulário teve por finalidade obter mais informações para a caracterização do grupo clínico do estudo de validade

da versão traduzida e adaptada do CSBI. Os dados se referem à experiência do abuso sexual, como por exemplo: a) há quanto tempo ocorreu o abuso; b) por quanto tempo; c) quem foi o agressor, entre outros.

3.3.2. Procedimentos da Tradução e Adaptação Transcultural

3.3.2.1. Contato com a editora

Primeiramente solicitou-se autorização para realização da pesquisa à editora Psychological Assessment Resources, Inc.(PAR), detentora dos direitos autorais do instrumento. O contato se deu por meio eletrônico e foi intermediado por uma psicóloga da editora Casa do Psicólogo Livraria e Editora Ltda., responsável por negociações desta natureza, que se dispôs a auxiliar nesta etapa da pesquisa. A exigência da editora detentora de direitos autorais para autorizar a pesquisa foi participar do processo de adaptação com um de seus membros sendo um dos avaliadores do painel de juízes do processo tradução e adaptação transcultural do CSBI (ANEXO B).

3.3.2.2. Processo de Tradução e Adaptação

O processo de tradução e adaptação transcultural do CSBI seguiu as recomendações de Beaton, Bombardier, Guillemin & Ferraz (2000), sendo executado em 4 fases:

a) Fase I: foi realizada a tradução do CSBI do inglês para o português (do Brasil), detectando erros e interpretações ambíguas do original (T). Essa tradução foi realizada por dois intérpretes que possuem o português como língua materna com fluência na língua inglesa e com experiências profissionais diferentes, sendo um dos intérpretes graduado em Letras, e o outro em Assistência Social, o que portanto, atende ao critério de não possuírem conhecimento técnico da área da saúde.

b) Fase II (Reunião de Consenso): Ocorreu uma revisão das 2 traduções do CSBI com a finalidade de ser elaborada a versão preliminar do instrumento (T1), após uma concordância entre a pesquisadora responsável pelo estudo, seu orientador e os tradutores.

c) Fase III (*Back-translation* ou retrotradução): A versão inicial do CSBI em português (T1) foi traduzida para o inglês para a comparação com o original (T). O critério de que os tradutores fossem fluentes em ambos os idiomas foi atendido, e de que não tivessem conhecimento prévio do instrumento original também, uma vez que outros tradutores foram convidados, sendo um graduado em Letras e o outro em Jornalismo. Após a análise da retrotradução, se elaborou a versão final da *back-translation* (BT) do CSBI.

d) Fase IV (Painel de Juízes): Com o objetivo de atestar a validade de conteúdo do CSBI, a versão em português (T1) e a retrotradução (BT) foram encaminhadas a um comitê (painel de juízes) que avaliou a equivalência idiomática, semântica, cultural e conceitual, assegurando que a versão final (TF) traduzida fosse compreensível. Um dos juízes foi uma executiva da editora PAR nativa (ANEXO C), também responsável pelo documento oficial de autorização para a pesquisa com o CSBI. O outro juiz foi um dos tradutores bilíngue graduado em Letras, e o outro juiz foi a pesquisadora responsável pelo presente estudo.

A versão final (TF) pode ser observada no APÊNDICE D.

3.3.3. Procedimentos da Validação empírica

3.3.3.1. Coleta de dados para validação empírica

As instituições que permitiram a aplicação dos instrumentos da pesquisa no G1 e G2 receberam inicialmente uma carta de apresentação da pesquisa (APÊNDICE A).

Realizou-se a coleta de dados para validação empírica com o responsável legal das crianças do G1 e G2, que após lerem e assinarem o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE (APÊNDICE B), responderam aos instrumentos:

- 1º - Questionário da Pesquisa (APÊNDICES C);
- 2º - Escala de Classe Social – Pelotas (ANEXO E);
- 3º - Inventário de Comportamentos Sexuais da Criança (CSBI) – versão traduzida e adaptada para o português do Child Sexuality Behavior Inventory – CSBI (APÊNDICE D).

O formulário “Dados adicionais do grupo clínico” (APÊNDICE E) foi preenchido apenas para os casos do grupo clínico. A pesquisadora responsável por este estudo obteve as informações das crianças matriculadas há mais tempo nas instituições participantes, por meio da pesquisa em cópias de boletins de ocorrência criminal arquivados nos prontuários. Na ausência deste documento os dados eram obtidos com os profissionais que atendiam as crianças. Para os casos em que as informações não foram possíveis de se obter nos prontuários e junto aos profissionais, os responsáveis pelas crianças foram questionados a respeito no momento da coleta dos dados para a validação do CSBI.

As crianças do grupo clínico, que necessitaram de avaliação multidisciplinar de saúde (não disponível na instituição de origem) por queixas relacionadas a experiência do abuso sexual (alterações de comportamentais, hábitos, alimentação, sono e dificuldades de aprendizagem), foram encaminhados para o Laboratório Distúrbios do Desenvolvimento coordenado pelo Doutor Francisco B. Assumpção Junior do Instituto de Psicologia da USP após a coleta dos dados para a validação do CSBI. Depois da avaliação multidisciplinar realizada pela equipe deste laboratório, os casos que necessitaram de tratamento psiquiátrico, psicológico, entre outros, foram encaminhados a instituições de assistência vinculadas a rede de proteção à vítimas de violência.

3.3.3.2. Processo de análise para a validação empírica

O processo de análise para a validação empírica foi realizado em 4 etapas, de acordo com os aspectos explicados por Anastasi & Urbina (2000):

- Etapa 1 – Para avaliar a confiabilidade do instrumento, por meio do índice de consistência interna.
- Etapa 2 – Para avaliar evidências de validade de critério do tipo preditivo na versão traduzida adaptada do CSBI (TF), verificou-se se estão relacionadas a maior pontuação no instrumento, determinadas condições, como por exemplo, variáveis como nível de relacionamento entre os pais, ou horas de exposição da criança a programas televisivos, entre outras.
- Etapa 3 - Para avaliar evidências de validade de critério do tipo concorrente da TF, verificou-se o grau de relação das pontuações do instrumento com variáveis como a idade da criança, idade da mãe ou responsável, entre outros.
- Etapa 4 – Para avaliar evidências de validade de construto do tipo discriminante da TF, verificou-se se o instrumento de medida adaptado diferencia, por meio de sua pontuação, crianças vítimas de abuso sexual de crianças que não foram abusadas.

3.3.3.3. Análise estatística da validação empírica

Desenvolveu-se a análise dos dados da validação empírica do CSBI traduzido e adaptado para o Brasil de forma descritiva e inferencial. Os resultados das pontuações obtidas pelos grupos do estudo de validação foram descritos em termos de medidas de posição central e variabilidade. Análises de variância foram realizadas com as variáveis do tipo idade (agrupada) e gênero, para verificar se existiam diferenças estatisticamente significantes entre os grupos que comprovassem sua validade empírica.

3.3.4. Considerações éticas

Submeteu-se a pesquisa ao Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos do Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo (CEPH-IP), Projeto nº 2009.046, sendo aprovado conforme ofício 022/2010 – CEPH-IP-06/04/2010 (ANEXO D) o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE da pesquisa (APÊNDICE B).

4. RESULTADOS

4.1. PROCESSO DE TRADUÇÃO E ADAPTAÇÃO CSBI

Para a realização do processo de tradução e adaptação do CSBI, contou-se com a colaboração de quatro tradutores bilíngües e uma profissional nativa do idioma em que o CSBI original foi elaborado e normatizado (o inglês). O CSBI foi traduzido linguisticamente e adaptado culturalmente para manter a validade de conteúdo por meio de 4 fases, descritas a seguir.

a) Na Fase I foi realizada 2 traduções do CSBI do inglês para o português (T) por dois intérpretes, um deles graduado em Letras (Tradutor 1), e o outro em Assistência Social (Tradutor 2). Cada um dos profissionais preparou uma tradução do CSBI.

b) Na Fase II as 2 traduções do CSBI foram revistas para a elaboração da versão preliminar do instrumento (T1). A única divergência observada nas 2 traduções foi no item 2. Para o tradutor 2, era necessário incluir a palavra “fisicamente” no item 2, a fim de garantir melhor compreensão semântica da versão traduzida do CSBI. Entretanto, os outros membros da equipe responsável pela avaliação desta fase do processo de tradução e adaptação (pesquisadora responsável pelo estudo, seu orientador e o tradutor 1) não julgaram necessário esta alteração por entender que a compreensão semântica não seria prejudicada. Dessa forma, considerou-se a versão do tradutor 1 como a versão preliminar do instrumento (T1).

c) Na fase III, a versão preliminar do CSBI (T1) foi entregue para outros 2 tradutores que realizaram 2 traduções do português para o inglês. Cada profissional preparou uma retrotradução que foi analisada pela pesquisadora responsável pelo estudo e o tradutor 1, que formaram a equipe que analisou as retrotraduções para a elaboração da versão final da *back-translation* (BT) do CSBI. A única divergência observada nas 2 retrotraduções foi no item 15. O tradutor 4 utilizou “deep breath” que representa “respira fundo”, sendo que o item original descreve “heavy breathing” que representa “respiração pesada”, traduzido da mesma forma pelo tradutor 3. A equipe discordou da versão do tradutor 4, uma vez que a escolha das palavras “deep” e “breath”, comprometeram o real significado da expressão utilizada na versão original (T). Dessa forma, considerou-se a versão do tradutor 3 como a versão final da *back-translation* (BT) do CSBI.

d) Na fase IV a versão final em português (T1) e a versão final da retrotradução (BT) do CSBI, aprovada na fase III, foram encaminhadas ao painel de juízes composto por uma executiva da editora PAR (juiz 1), o tradutor 3 (juiz 2) e a pesquisadora responsável pelo presente estudo (juiz 3). Por meio da BT o juiz 1 encontrou no item 20 uma discrepância com a versão original (T) que poderia prejudicar a validade de conteúdo do item. De acordo com o juiz 1, há uma diferença idiomática entre “cuddly toys” (BT) e “stuffed animals” (T), uma vez que o item no T descreve animais de pelúcia especificamente, e não outros tipos de brinquedos de pelúcia, uma vez que em determinadas idade é mais provável a criança manifestar curiosidade e interesse sexual com figuras de animais do que com figuras que não possibilitem alguma identificação. Dessa forma, a versão final (TF) do CSBI, traduzida e adaptada para o português considerou esta última alteração no item 20 da T1 para que se preservasse a validade de conteúdo do item, e consequentemente, de todo o instrumento.

Tabela 1 - Resultado final da tradução e adaptação transcultural do CSBI para o português.

Item	Versão T	Versão T1 Tradutor 1	Versão T1 Tradutor 2	Versão final T1	Versão BT Tradutor 3	Versão BT Tradutor 4	Versão final BT	Painel de juízes TF
2	Stands too close to people	Fica muito próximo das pessoas	Fica fisicamente muito próximo das pessoas	Fica muito próximo das pessoas	Stands too close to people	Stands too close to people	Stands too close to people	Fica muito próximo das pessoas
15	Makes sexual sounds (sigh, moans, heavy breathing, etc.)	Faz sons sexuais (suspiros, gemidos, respiração pesada, etc.)	Faz sons sexuais (suspiros, gemidos, respiração pesada, etc.)	Faz sons sexuais (suspiros, gemidos, respiração pesada, etc.)	Makes sexual sounds (sigh, moans, heavy breathing, etc.)	Makes sexual sounds (moans, sigh, deep breath, etc.).	Makes sexual sounds (sigh, moans, heavy breathing, etc.)	Faz sons sexuais (suspiros, gemidos, respiração pesada, etc.)
20	Pretend that dolls or stuffed animals are having sex	Finge que bonecas ou brinquedos de pelúcia tem relações sexuais	Finge que bonecas ou brinquedos de pelúcia tem relações sexuais	Finge que bonecas ou brinquedos de pelúcia tem relações sexuais	Pretend that dolls and cuddly toys are having sexual intercourse	Pretend that dolls and cuddly toys are having sexual intercourse	Pretend that dolls and cuddly toys are having sexual intercourse	Finge que bonecas ou animais de pelúcia tem relações sexuais

4.2. VALIDAÇÃO EMPÍRICA

4.2.1. Caracterização da amostra

Para a caracterização da amostra do estudo de validação da versão final, traduzida e adaptada para o português do CSBI (versão brasileira), utilizou-se as informações obtidas por meio do Questionário da Pesquisa (APÊNDICE C) e a Escala de Classe Social – Pelotas (ANEXO E). As tabelas 2,3,4 e 5 apresentam a distribuição dos dados de caracterização dos grupos da pesquisa de validação empírica do CSBI. As demais tabelas apresentam a distribuição dos dados de caracterização referentes apenas ao grupo clínico, obtidos por meio do formulário “Dados adicionais do grupo clínico” (APÊNDICE E).

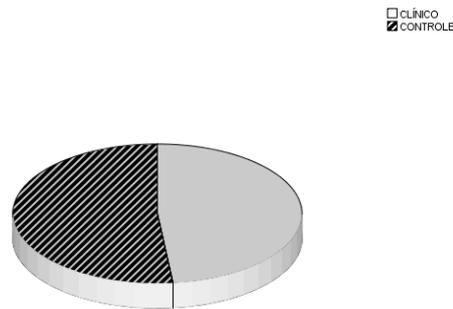
A Tabela 2 apresenta a distribuição das crianças participantes por grupo em uma proporção semelhante.

Tabela 2 – Distribuição das crianças participantes por grupo.

	Frequência	%	% Acum.
Clínico	28	48,3	48,3
Controle	30	51,7	100,0
Total	58	100,0	

A representação gráfica abaixo (Gráfico 1) demonstra a proporção semelhante da distribuição das crianças participantes por grupo.

Gráfico 1 - Distribuição das crianças participantes por grupo.



Na distribuição das crianças participantes por sexo (Tabela 3) observa-se maior frequência de casos no sexo feminino (53,6%) para o grupo clínico, enquanto no grupo controle a maior frequência é o sexo masculino (66,7%).

Tabela 3 – Distribuição das crianças participantes por sexo.

		Frequência	%	% Acum.
Clínico	Feminino	15	53,6	53,6
	Masculino	13	46,4	100,0
	Total	28	100,0	
Controle	Feminino	10	33,3	33,3
	Masculino	20	66,7	100,0
	Total	30	100,0	

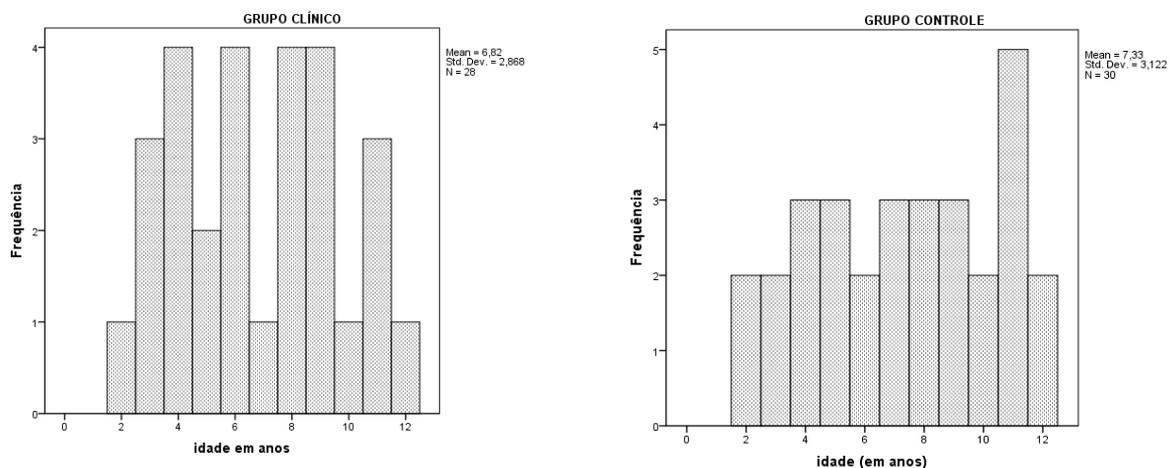
Em ambos os grupos, participaram da pesquisa de validação mais crianças na faixa etária de 2 a 5 anos (G1=35,7%; G2=33,3%) e de 6 a 9 anos (G1=46,4%; G2=36,7) como demonstra a Tabela 4.

Tabela 4 - Distribuição das crianças participantes por faixa etária (idade em anos).

		Frequência	%	% Acum.
Clínico (G1)	2 a 5	10	35,7	35,7
	6 a 9	13	46,4	82,1
	10 a 12	5	17,9	100,0
	Total	28	100,0	
Controle (G2)	2 a 5	10	33,3	33,3
	6 a 9	11	36,7	70,0
	10 a 12	9	30,0	100,0
	Total	30	100,0	

A idade das crianças do grupo clínico variou de 2 a 12 anos (Mdn=6,50; M=6,82; dp=2,87), assim como a idade das crianças do grupo controle (Mdn=7,50; M=7,33; dp=3,12). Houve uma distribuição semelhante nos dois grupos em termos de posição central e dispersão, porém diferente com relação a frequência de indivíduos em cada idade, como pode ser observado no gráfico 2.

Gráfico 2 - Distribuição das crianças participantes por idade (em anos).



A maioria dos responsáveis do processo de validação do CSBI eram mães (G1=82,1%; G2=86,7), o restante possuíam outro grau de parentesco, mas eram os responsáveis legais da criança (Tabela 5).

Tabela 5 – Distribuição dos responsáveis pelas crianças participantes.

		Frequência	%	% Acum.
Clínico (G1)		1	3,6	3,6
	Avó	1	3,6	7,1
	Madrasta	1	3,6	10,7
	Mãe	23	82,1	92,9
	Mãe adotiva	1	3,6	96,4
	Tutor	1	3,6	100,0
Total		28	100,0	
Controle (G2)	Avó	1	3,3	3,3
	Irmã	1	3,3	6,7
	Mãe	26	86,7	93,3
	Pai	1	3,3	96,7
	Tia	1	3,3	100,0
Total		30	100,0	

A Tabela 6 apresenta a distribuição por pessoa que cometeu o abuso sexual no grupo clínico (G1). Observa-se maior prevalência de casos de pessoas conhecidas da família (28,6%), seguido de irmão (17,9%) e pai (14,3%).

Tabela 6 – Distribuição por pessoa que cometeu o abuso sexual (G1).

	Frequência	%	% Acum.
Avô	1	3,6	3,6
Conhecido da família	8	28,6	32,1
Desconhecido	2	7,1	39,3
Ignorado	2	7,1	46,4
Irmão	5	17,9	64,3
Padrasto	1	3,6	67,9
Pai	4	14,3	82,1
Primo	2	7,1	89,3
Professor	1	3,6	92,9
Tio (a)	2	7,1	100,0
Total	28	100,0	

A tabela 7 apresenta a distribuição por período de tempo passado após a revelação do abuso sexual no grupo clínico (G1) até o momento da coleta dos dados para a validação do CSBI. Nota-se igual distribuição de crianças que sofreram o abuso há 3 meses, 6 meses, e 1 ano (28,6%).

Tabela 7 – Distribuição por período de tempo passado após a revelação do abuso sexual (G1).

	Frequência	%	% Acum.
1 ano	8	28,6	28,6
3 meses	8	28,6	57,1
6 meses	8	28,6	85,7
9 meses	4	14,3	100,0
Total	28	100,0	

A Tabela 8 demonstra a distribuição por pessoa que denunciou o abuso sexual no boletim de ocorrência do grupo clínico (G1). Observa-se maior prevalência de casos para mãe (67,9%) como denunciante.

Tabela 8 – Distribuição por denunciante do abuso sexual (G1).

	Frequência	%	% Acum.
Avós	2	7,1	7,1
Conhecido da família	1	3,6	10,7
s/ informação	2	7,1	17,9
Irmão	1	3,6	21,4
Madrasta	1	3,6	25,0
Mãe	19	67,9	92,9
Pai	1	3,6	96,4
Pais	1	3,6	100,0
Total	28	100,0	

4.2.1.1. Variáveis independentes

Para avaliar evidências da validade de critério (do tipo preditivo e concorrente) da versão brasileira do CSBI, utilizou-se as informações dos responsáveis pelas crianças, obtidas por meio do Questionário da Pesquisa (APÊNDICE C) e da Escala de Classe Social – Pelotas (ANEXO E). As informações estão organizadas como variáveis sócio-demográficas e variáveis culturais, e são apresentadas neste tópico apenas sua distribuição.

4.2.1.1.a. Variáveis sócio-demográficas dos responsáveis

As variáveis sócio-demográficas dos responsáveis pelas crianças são idade, escolaridade, classe social, estado civil e religião. Essas variáveis independentes foram utilizadas na análise de evidências da validade de critério preditivo da versão brasileira do CSBI.

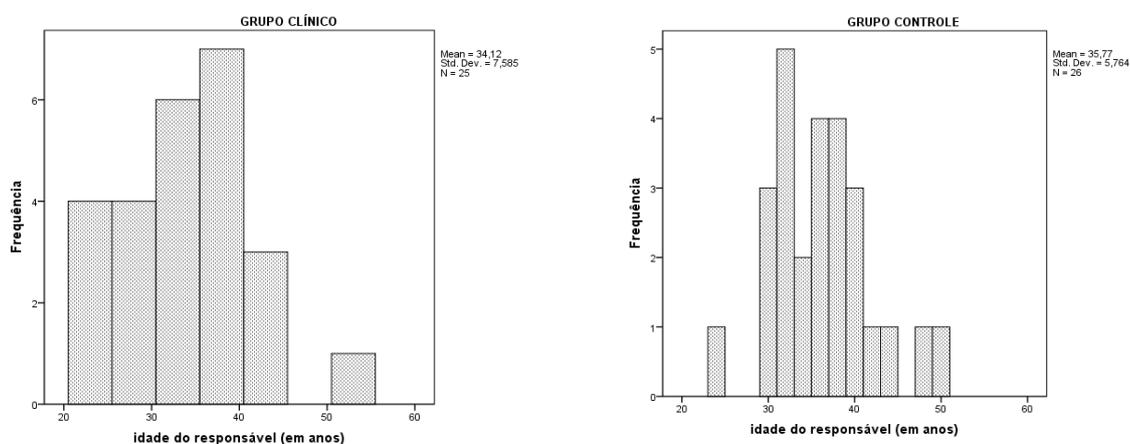
A Tabela 9 apresenta a distribuição dos responsáveis pelas crianças por faixa etária. Nota-se maior prevalência de responsáveis na faixa etária de 30 a 39 anos em ambos os grupos (G1=46,4%; G2=60,0%), no entanto, há mais responsáveis na faixa de 40 a 49 anos (20,0%) no grupo controle do que no grupo clínico, no qual se observa que a segunda faixa etária mais prevalente é a de 20 a 29 anos (25%).

Tabela 9 – Distribuição dos responsáveis pelas crianças por faixa etária.

		Frequência	%	% Acum.
Clínico (G1)	20-29	7	25,0	28,0
	30-39	13	46,4	80,0
	40-49	4	14,3	96,0
	50-59	1	3,6	100,0
	não informou	3	10,7	
	Total	28	100,0	
Controle (G2)	20-29	2	6,7	7,7
	30-39	18	60,0	76,9
	40-49	6	20,0	100,0
	não informou	4	13,3	
	Total	30	100,0	

A idade dos responsáveis pelas crianças do grupo clínico variou de 23 a 55 anos (Mdn=34; M=34,12; dp=7,59) enquanto que a idade dos responsáveis pelas crianças do grupo controle variou de 24 a 49 (Mdn=35,5; M=35,77; dp=5,76). Houve uma distribuição semelhante nos dois grupos em termos de posição central, mas não de dispersão, sendo maior a variação no grupo clínico, que assim como o grupo controle, apresentou a maior frequência de indivíduos na faixa etária de 30 a 40 anos, como pode ser observado no gráfico 3.

Gráfico 3 - Distribuição dos responsáveis pelas crianças por idade (em anos).



No que se refere ao grau de escolaridade dos responsáveis pelas crianças dos dois grupos, apenas o grupo controle tem responsáveis com nível superior (40,0%), enquanto que no grupo clínico foi mais frequente responsáveis com nível fundamental (28,6%) e médio (50,0%) como mostra a Tabela 10.

Tabela 10 – Distribuição dos responsáveis pelas crianças por grau de escolaridade.

		Frequência	%	% Acum.
CLÍNICO	1º grau	8	28,6	28,6
	2º grau	14	50,0	78,6
	analfabeto	1	3,6	82,1
	não informou	5	17,9	100,0
	total	28	100,0	
CONTROLE	1º grau	5	16,7	16,7
	2º grau	6	20,0	36,7
	3º grau	12	40,0	76,7
	analfabeto	2	6,7	83,3
	não informou	5	16,7	100,0
	Total	30	100,0	

Um agrupamento dos dados obtidos por meio da “Escala de Classe Social – Pelotas” foi realizado para melhor descrever à classe social dos responsáveis. As classes “burguesia”, “nova pequena burguesia” e “pequena burguesia

tradicional” foram agrupadas para a categoria “burguesia”. As classes “proletariado não típico” e “proletariado típico” foram agrupadas para a categoria “proletariado”. A Tabela 11 demonstra maior prevalência de responsáveis na classe burguesia para o grupo controle (53,3%), e em ambos os grupos há uma maior participação de responsáveis na classe proletariado (G1=78,6%; G2=43,3%).

Tabela 11 – Distribuição dos responsáveis pelas crianças por classe social.

		Frequência	%	% Acum.
Clínico (G1)	Burguesia	1	3,6	3,6
	Não informou	1	3,6	7,1
	Proletariado	22	78,6	85,7
	Subproletariado	4	14,3	100,0
	Total	28	100,0	
Controle (G2)	Burguesia	16	53,3	53,3
	Proletariado	13	43,3	96,7
	Subproletariado	1	3,3	100,0
	Total	30	100,0	

Com relação ao estado civil, na Tabela 12 é possível observar que nos dois grupos, a maioria dos responsáveis são casados (G1=60,7%; G2=56,7%). Também há uma prevalência semelhante de solteiros nos dois grupos (G1=14,3%; G2=16,7%).

Tabela 12 – Distribuição dos responsáveis pelas crianças por estado civil.

		Frequência	%	% Acum.
Clínico (G1)	Casado	17	60,7	60,7
	Desconhecido	3	10,7	71,4
	Separado	3	10,7	82,1
	Solteiro	4	14,3	96,4
	Viúvo	1	3,6	100,0
	Total	28	100,0	
Controle (G2)	Amasiado	1	3,3	3,3
	Casado	17	56,7	60,0
	2º casamento	1	3,3	63,3
	Divorciado	2	6,7	70,0
	Não informou	1	3,3	73,3
	Separado	3	10,0	83,3
	Solteiro	5	16,7	100,0
	Total	30	100,0	

No que se refere à religião dos responsáveis pelas crianças, observa-se maior prevalência de católicos (G1=42,9%; G2=46,7%), seguido de evangélico no grupo clínico (28,6%) e responsáveis que não informaram a religião (ignorados) no grupo controle (23,3%), entretanto, evangélicos neste grupo foram mais frequentes (13,3%) do que os demais (Tabela 13).

Tabela 13 – Distribuição dos responsáveis pelas crianças por religião.

		Frequência	%	% Acum.
CLÍNICO (G1)	Católica	12	42,9	42,9
	Evangélica	8	28,6	71,4
	Não informou	7	25,0	96,4
	Ateu	1	3,6	100,0
	Total	28	100,0	
CONTROLE (G2)	Ateu	1	3,3	3,3
	Católica	14	46,7	50,0
	Espírita	1	3,3	53,3
	Evangélica	4	13,3	66,7
	Não informou	7	23,3	90,0
	Mormon	1	3,3	93,3
	Protestante	2	6,7	100,0
Total	30	100,0		

4.2.1.1.b. Variáveis culturais

As variáveis culturais das crianças do estudo de validação da versão brasileira do CSBI são: presença de familiar alcoolista, familiar dependente químico, nível de relacionamento entre os pais ou responsáveis, horas de exposição a conteúdos televisivos e horas de exposição a conteúdos da internet. Essas variáveis independentes foram utilizadas na análise de evidências da validade de critério preditivo da versão brasileira do instrumento.

A tabela 14 apresenta a distribuição das crianças com familiares alcoolistas nos dois grupos. Há maior prevalência de casos para o grupo clínico (53,6%) do que para o grupo controle (20%).

Tabela 14 - Distribuição das crianças com familiar(es) alcoolista(s).

		Frequência	%	% Acum.
Clínico	Não	13	46,4	46,4
	Sim	15	53,6	100,0
	Total	28	100,0	
Controle	Ignorado	6	20,0	20,0
	Não	18	60,0	80,0
	Sim	6	20,0	100,0
	Total	30	100,0	

Com relação a presença de familiares com histórico de abuso de substâncias químicas (Tabela 15), há maior prevalência de casos para o grupo clínico (35,7%), entretanto, a ausência de familiares nesta condição é maior e semelhante em ambos os grupos (G1=57,1%; G2=63,3%).

Tabela 15 - Distribuição das crianças com familiar (es) dependente (s) químico (s).

		Frequência	%	% Acum.
Clínico	Ignorado	2	7,1	7,1
	Não	16	57,1	64,3
	Sim	10	35,7	100,0
	Total	28	100,0	
Controle	Ignorado	6	20,0	20,0
	Não	19	63,3	83,3
	Sim	5	16,7	100,0
	Total	30	100,0	

No que se refere ao nível do relacionamento dos pais ou responsáveis com seus parceiros, a Tabela 16 demonstra prevalência semelhante de um bom nível de relacionamento (G1=39,3%; G2=36,7%) e regular (G1=32,1%; G2=30,0%) para os dois grupos, entretanto, é mais prevalente o nível excelente para o grupo controle.

Tabela 16 - Distribuição das crianças por tipo de relacionamento dos pais ou responsáveis.

		Frequência	%	% Acum.
Clínico (G1)	Bom	11	39,3	39,3
	Excelente	3	10,7	50,0
	Regular	9	32,1	82,1
	Ruim	5	17,9	100,0
	Total	28	100,0	
Controle (G2)	Bom	11	36,7	36,7
	Excelente	9	30,0	66,7
	Regular	9	30,0	96,7
	Ruim	1	3,3	100,0
	Total	30	100,0	

Quanto à distribuição das crianças por tempo (em horas) de exposição a conteúdos televisivos por dia, a Tabela 17 demonstra ser mais freqüente o período de 3 horas (46,4%) seguido de 6 horas (35,7%) para o grupo clínico, enquanto o grupo controle fica exposto menos tempo, por um período de 1 (36,7%) a 3(30,0%) horas.

Tabela 17 - Distribuição das crianças por tempo de exposição a conteúdos televisivos.

	Tempo	Frequência	%	% Acum.
Clínico	1h	3	10,7	10,7
	10 hs	2	7,1	17,9
	3 hs	13	46,4	64,3
	6 hs	10	35,7	100,0
	Total	28	100,0	
Controle		1	3,3	3,3
	0h	1	3,3	6,7
	1h	11	36,7	43,3
	3hs	9	30,0	73,3
	4hs	8	26,7	100,0
	Total	30	100,0	

A exposição a conteúdos da internet foi pouco frequente, uma vez que mais de 50% das crianças não acessam uma hora por dia (Tabela 18). O grupo clínico acessa cerca de 2 horas por dia (28,6%), enquanto que o grupo controle acessa cerca de 1 hora por dia (30%).

Tabela 18 - Distribuição das crianças por tempo (em horas) de exposição a conteúdos da internet.

	Tempo	Frequência	%	% Acum.
Clínico		2	7,1	7,1
	0h	16	57,1	64,3
	1h	1	3,6	67,9
	2h	8	28,6	96,4
	4h	1	3,6	100,0
	Total	28	100,0	
Controle		3	10,0	10,0
	0h	16	53,3	63,3
	1h	9	30,0	93,3
	2h	1	3,3	96,7
	7h	1	3,3	100,0
	Total	30	100,0	

4.3. Validação empírica do CSBI

Investigou-se evidências de validade da versão brasileira do CSBI, por meio da investigação das propriedades psicométricas dessa versão. Para isto, investigou-se o grau de confiabilidade por meio da consistência interna, a validade de construto do tipo discriminante e validade de critério do tipo concorrente e preditivo.

4.3.1. Confiabilidade

Realizou-se um análise da consistência interna para avaliar o grau de confiabilidade do versão brasileira do CSBI. Para isto, examinou-se a intercorrelação dos 38 itens do instrumento para investigar a presença de índices satisfatórios de confiabilidade em toda a amostra de validação e por grupo (G1 e G2).

O estudo revelou alfa de Cronbach de 0,86 para a amostra de 58 participantes (G1- N=28; G2- N=30). Os resultados por grupo são apresentados na Tabela 19.

Tabela 19 – Índice de consistência interna do CSBI por grupo.

	Alpha
CLÍNICO	0,87
CONTROLE	0,62

4.3.2. Validade de construto

A validade de construto da versão brasileira do CSBI foi realizada a partir da análise do poder discriminativo do instrumento para diferenciar populações clínicas de normais, por meio da pontuação total obtida com a soma dos valores de cada item.

4.3.2.1. Validade de construto do tipo discriminante

Para avaliar evidências de validade da capacidade de discriminar crianças vítimas de abuso sexual por meio das pontuações obtidas na versão brasileira do CSBI, realizou-se a estatística descritiva e inferencial das pontuações obtidas pelos dois grupos.

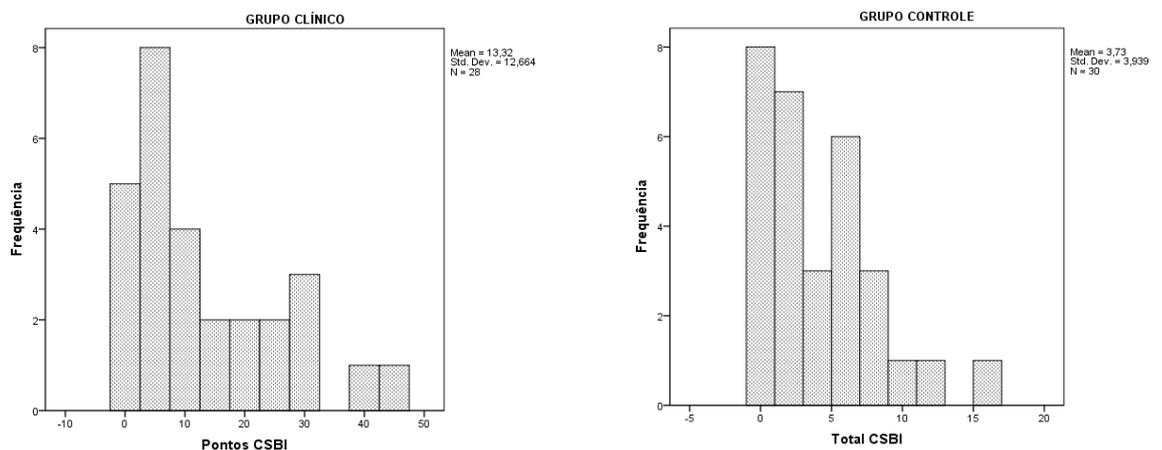
A Tabela 20 demonstra que a maioria das crianças de ambos os grupos obtiveram pontuações de 0 a 10 pontos no instrumento (G1=60,7%; G2=93,3%), entretanto, as maiores pontuações foram obtidas pelo grupo clínico que chegou a ter uma criança com 46 pontos.

Tabela 20 – Distribuição de pontos CSBI obtidos pelos grupos.

	Pontos	Frequência	%	% Acum.
CLÍNICO	0 a 10	17	60,7	60,7
	11 a 20	4	14,3	75,0
	21 a 30	4	14,3	89,3
	31 a 40	2	7,1	96,4
	41 a 50	1	3,6	100,0
	Total	28	100,0	
CONTROLE	0 a 10	28	93,3	93,3
	11 a 20	2	6,7	100,0
	Total	30	100,0	

Nota-se frequência maior até 10 pontos em ambos os grupos, com uma tendência de queda, no entanto, amplitude de pontos no grupo clínico é maior.

Gráfico 4 – Distribuição das pontuações obtidas no CSBI pelos grupos.



A tabela 21 apresenta a descrição dos pontos nos dois grupos. O grupo clínico obteve média maior de pontos ($M=46$), assim como maiores índices de dispersão.

Tabela 21 – Estatística descritiva da pontuação total no CSBI por grupo.

	N	Mínimo	Máximo	Média	DP	Variância
CLÍNICO	28	0	46	13,32	12,66	160,37
CONTROLE	30	0	16	3,73	3,94	15,51

Realizou-se o teste *t* de *Student* para avaliar se a diferença entre as pontuações atesta para a validade de construto do tipo discriminante, e constatou-se que a diferença é significativa $\{t=5,57(27); p=0,000\}$.

4.3.3. Validade de critério

A análise da validade de critério da versão brasileira do CSBI foi realizada por meio de dois métodos de análise, a validade do tipo concorrente e preditivo, e primeiramente será apresentada a validade do tipo concorrente.

4.3.3.1. Validade de critério do tipo concorrente

Para avaliar evidências de critério do tipo concorrente da versão brasileira do CSBI, analisou-se a relação entre a pontuação total do CSBI brasileiro e a idade da criança, dos responsáveis e o sexo das crianças.

Inicialmente se observou a distribuição das pontuações da versão brasileira do CSBI por faixa etária (em anos) das crianças participantes do estudo (Tabela 22). As maiores médias foram obtidas pelas crianças de 2 a 5 anos em ambos os grupos (G1-M=20,80; G2 - M=5,40), no entanto, a variabilidade de pontos é bem maior no grupo clínico, que também obteve média de pontos maior entre as crianças de 10 a 12 anos (G1 - M=12,40) comparado as crianças desta idade do grupo controle (G2 - M=3,78).

Tabela 22 – Estatística descritiva da pontuação total no CSBI por grupo e faixa etária das crianças.

	Idade	N	Média	DP	Erro Padrão
CLÍNICO (G1)	2 a 5	10	20,80	12,04	3,81
	6 a 9	13	7,92	7,17	1,99
	10 a 12	5	12,40	19,14	8,56
	Total	28	13,32	12,66	2,39
CONTROLE (G2)	2 a 5	10	5,40	3,89	1,23
	6 a 9	11	2,18	2,09	0,63
	10 a 12	9	3,78	5,19	1,73
	Total	30	3,73	3,94	0,72

Realizou-se a análise de variância (ANOVA) para avaliar se a diferença das pontuações entre as idades nos grupos comprova a validade de critério do tipo concorrente, e constatou-se diferença significativa para o grupo clínico $\{F(3,48)=2; p<0,05\}$ mas não para o grupo controle $\{F(1,85)=2; p>0,05\}$.

Avaliou-se o grau de associação entre a pontuação e a idade da criança por meio da Correlação de Pearson, e os resultados podem ser observados tabela 23. A baixa correlação observada para o grupo clínico não é significativa ($p>0,05$).

Tabela 23 – Matriz de correlação das pontuações com a idade.

CLÍNICO	Total CSBI	1	-0,32
	idade	-0,32	1
CONTROLE	Total CSBI	1	-0,21
	idade	-0,21	1

$p>0,05$ para G1 e G2

Em seguida, avaliou-se a distribuição das pontuações da versão brasileira do CSBI por faixa etária (em anos) dos responsáveis pelas crianças participantes do estudo (Tabela 24). As maiores médias de pontos foram obtidas pelas crianças dos

responsáveis de 40 a 49 anos em ambos os grupos (G1-M=17,75; G2 - M=5,00), e a variabilidade de pontos é bem maior no grupo clínico, assim como observado nas pontuações das crianças desse grupo (Tabela 22).

Tabela 24 - Estatística descritiva da pontuação total no CSBI por grupo e faixa etária dos responsáveis.

	Idade	N	Média	DP	Erro Padrão
CLÍNICO	20 a 29	7	10,71	9,09	3,43
	30 a 39	13	12,54	12,31	3,41
	40 a 49	4	17,75	18,91	9,45
	50 a 59	1	3,00	.	.
	Total	25	12,48	12,26	2,45
CONTROLE	20 a 29	2	1,50	2,12	1,50
	30 a 39	18	3,67	3,07	,72
	40 a 49	6	5,00	6,81	2,78
	Total	26	3,81	4,08	,80

Realizou-se a análise de variância (ANOVA) para avaliar se a diferença das pontuações entre as idades dos responsáveis das crianças constitui mais uma evidência de validade de critério do tipo concorrente, e constatou-se que a diferença não é significativa com este critério para o grupo clínico $\{F(0,46)=3; p>0,05\}$ e grupo controle $\{F(0,57)=2; p>0,05\}$.

Por fim, se analisou as pontuações na versão brasileira do CSBI pelo critério sexo das crianças participantes (Tabela 25). Observa-se maior média de pontos para as meninas de ambos os grupos (G1=13,67; G2=4,20), sendo maior para as meninas do grupo clínico, entretanto, a variabilidade é bem maior nesse grupo.

Tabela 25 - Estatística descritiva da pontuação total no CSBI por grupo e sexo das crianças.

		N	Média	DP	Erro Padrão
CLÍNICO (G1)	Feminino	15	13,67	13,37	3,45
	Masculino	13	12,92	12,33	3,42
	Total	28	13,32	12,66	2,39
CONTROLE (G2)	Feminino	10	4,20	4,66	1,47
	Masculino	20	3,50	3,63	0,81
	Total	30	3,73	3,94	0,72

Realizou-se o teste *t* de *Student* para avaliar se a diferença das pontuações entre o sexo das crianças constitui mais uma evidência de validade de critério do tipo concorrente, e constatou-se que a diferença não é significativa com este critério para o grupo clínico $\{t=0,02(1); p>0,05\}$ e grupo controle $\{t=0,21(1); p>0,05\}$.

4.3.3.2. Validade de critério do tipo preditivo

A validade de critério do tipo preditivo foi avaliada por meio da análise das variáveis sócio-demográficas dos responsáveis pelas crianças e variáveis culturais. As variáveis sócio-demográficas analisadas do responsável pela criança foram: escolaridade, classe social, estado civil e religião. As variáveis culturais foram: presença de familiar alcoolista, presença de familiar dependente químico, nível de relacionamento entre os pais, horas de exposição a conteúdos televisivos e horas de exposição a conteúdos da internet.

A Tabela 26 apresenta a descrição da pontuação total no CSBI por grupo e escolaridade dos responsáveis. Observa-se a maior média de pontos para as crianças dos responsáveis do grupo clínico com o 2º grau (G1-M=15,00) seguido por 1º grau (G1-M=9,63). Também se observa maior dispersão de pontos nesse grupo, como observado nas comparações entre pontos e idade das crianças (Tabela 22) e idade dos responsáveis (Tabela 24).

Tabela 26 - Estatística descritiva da pontuação total no CSBI por grupo e escolaridade dos responsáveis.

		N	Média	DP	Erro Padrão
CLÍNICO (G1)	1º grau	8	9,63	10,42	3,68
	2º grau	14	15,00	12,81	3,42
	analfabeto	1	6,00	0,00	0,00
	não informou	5	16,00	17,32	7,75
	total	28	13,32	12,66	2,39
CONTROLE (G2)	1º grau	5	1,20	0,84	0,37
	2º grau	6	2,83	3,19	1,30
	3º grau	12	5,92	4,68	1,35
	analfabeto	2	0,50	0,71	0,50
	não informou	5	3,40	3,13	1,40
	Total	30	3,73	3,94	0,72

Realizou-se a análise de variância (ANOVA) para avaliar se a diferença das pontuações entre a escolaridade dos responsáveis das crianças constitui uma evidência de validade de critério do tipo preditivo, e constatou-se que a diferença não é significativa com este critério para o grupo clínico $\{F(0,47)=3; p>0,05\}$ e grupo controle $\{F(2,16)=4; p>0,05\}$.

Em seguida, avaliou-se a média de pontos obtidos pelas crianças de diferentes classes sociais nos dois grupos (Tabela 27). Nota-se que a maior média de pontos no grupo clínico foi obtida pelas crianças do subproletariado (G1-M=25,25), enquanto que no grupo controle foi entre as crianças da burguesia (G2-M=4,94).

Tabela 27 – Estatística descritiva da pontuação total no CSBI por grupo e classe social.

		N	Média	DP	Erro Padrão
CLÍNICO (G1)	Burguesia	1	6,00	0,00	0,00
	Não informou	1	9,00	0,00	0,00
	Proletariado	22	11,68	11,48	2,45
	Subproletariado	4	25,25	16,96	8,48
	Total	28	13,32	12,66	2,39
CONTROLE (G2)	Burguesia	16	4,94	4,20	1,05
	Proletariado	13	2,38	3,36	0,93
	Subproletariado	1	2,00	0,00	0,00
	Total	30	3,73	3,94	0,72

Realizou-se a ANOVA para avaliar se a diferença das pontuações entre as classes sociais constitui uma evidência de validade de critério do tipo preditivo, e constatou-se que a diferença também não é significativa com este critério para o grupo clínico $\{F(1,54)=3; p>0,05\}$ e para o grupo controle $\{F(1,68)=2; p>0,05\}$. Na sequência, analisou-se a média de pontos obtidos pelas crianças por estado civil dos seus responsáveis (Tabela 28). Os resultados demonstram maior média de pontos para as crianças do grupo clínico com responsáveis solteiras (G1-M=21,25) e para as crianças do grupo controle com responsáveis divorciadas (G2 – M=6,50).

Tabela 28 – Estatística descritiva da pontuação total no CSBI por grupo e estado civil do responsável.

		N	Média	DP	Erro Padrão
CLÍNICO (G1)	Casada	17	10,88	11,06	2,68
	Não informou	3	6,33	0,58	0,33
	Separada	3	12,67	5,51	3,18
	Solteira	4	21,25	15,76	7,88
	Viúva	1	46,00	0,00	0,00
	Total	28	13,32	12,66	2,39
CONTROLE (G2)	Amasiado	1	1,00	0,00	0,00
	Casada	17	3,88	3,66	0,89
	2º casamento	1	16,00	0,00	0,00
	Divorciada	2	6,50	2,12	1,50
	Não informou	1	5,00	0,00	0,00
	Separada	3	1,33	1,15	0,67
	Solteira	5	1,40	1,52	0,68
	Total	30	3,73	3,94	0,72

A ANOVA para avaliar se a diferença das pontuações entre estado civil dos responsáveis constitui uma evidência de validade de critério do tipo preditivo, constatou que a diferença é significativa com este critério para o grupo clínico $\{F(3,27)=4; p<0,05\}$ e para o grupo controle $\{F(3,66)=6; p<0,05\}$.

O passo seguinte foi analisar a média de pontos obtidos pelas crianças por religião dos seus responsáveis (Tabela 29). A maior média de pontos no grupo clínico foi de crianças que os responsáveis não informaram a religião (M=19,29) seguido de evangélicos (M=12,00) e católicos (M=11,83), enquanto que no grupo controle as maiores pontuações foram obtidas por uma criança de um responsável espírita, e outra de um ateu.

Tabela 29 – Estatística descritiva da pontuação total no CSBI por grupo e religião do responsável.

		N	Média	DP	Erro Padrão
CLÍNICO (G1)	Católica	12	11,83	11,89	3,43
	Evangélica	8	12,00	14,73	5,21
	Não informou	7	19,29	11,47	4,34
	Ateu	1	0,00	0,00	0,00
	Total	28	13,32	12,66	2,39
CONTROLE (G2)	Ateu	1	11,00	0,00	0,00
	Católica	14	3,79	3,24	0,87
	Espírita	1	16,00	0,00	0,00
	Evangélica	4	1,50	2,38	1,19
	Não informou	7	2,57	2,64	1,00
	Mormon	1	2,00	0,00	0,00
	Protestante	2	3,00	4,24	3,00
Total	30	3,73	3,94	0,72	

A avaliação por meio da ANOVA da diferença das pontuações entre religião dos responsáveis constatou que a diferença é significativa com este critério para o grupo controle $\{F(4,26)=6; p<0,05\}$ mas não para o grupo clínico $\{F(0,97)=3; p>0,05\}$.

Em seguida, a presença de um familiar alcoolista e a pontuação da versão brasileira do CSBI foram avaliados (Tabela 30). Apesar das maiores médias serem obtidas pelo grupo clínico, médias semelhantes foram obtidas por crianças que possuem e não possuem familiares alcoolistas. O mesmo se observa para o grupo controle.

Tabela 30 – Estatística descritiva da pontuação total no CSBI por grupo e presença de familiar alcoolista.

		N	Média	DP	Erro Padrão
CLÍNICO	Não	13	13,46	11,24	3,12
	Sim	15	13,20	14,18	3,66
	Total	28	13,32	12,66	2,39
CONTROLE	Ignorado	6	4,33	3,20	1,31
	Não	18	3,72	4,61	1,09
	Sim	6	3,17	2,56	1,05
	Total	30	3,73	3,94	,72

Analisou-se a variância desses resultados por meio da ANOVA para avaliar a diferença das pontuações entre presença de familiar alcoolista e constatou-se que a diferença não é significativa com este critério para o grupo clínico $\{F(0,00)=1; p>0,05\}$ e grupo controle $\{F(0,12)=2; p>0,05\}$.

Da mesma forma, a presença de familiar dependente químico e a pontuação das crianças na versão brasileira do CSBI foram avaliados (Tabela 31). A maior média de pontos foi obtida pelas crianças dos responsáveis do grupo clínico que desconhecem a presença de familiar nesta condição (M=23,00), seguido de casos que afirmam não terem familiares nestas condições (M=14,38).

Tabela 31 – Estatística descritiva da pontuação total no CSBI por grupo e presença de familiar dependente químico.

		N	Média	DP	Erro Padrão
CLÍNICO	Ignorado	2	23,00	32,53	23,00
	Não	16	14,38	12,61	3,15
	Sim	10	9,70	7,82	2,47
	Total	28	13,32	12,66	2,39
CONTROLE	Ignorado	6	4,33	3,20	1,31
	Não	19	4,00	4,46	1,02
	Sim	5	2,00	2,35	1,05
	Total	30	3,73	3,94	0,72

Realizou-se a análise de variância (ANOVA) das pontuações entre crianças com familiares dependentes químicos para avaliar se a diferença constitui uma evidência de validade de critério do tipo preditivo, e constatou-se que a diferença não é significativa para o grupo clínico $\{F(1,05)=2; p>0,05\}$ e grupo controle $\{F(0,58)=2; p>0,05\}$.

Na sequência, analisou-se a média de pontos obtidos pelas crianças de acordo com o nível do relacionamento dos seus responsáveis (Tabela 32). Os resultados demonstram maior média de pontos para as crianças do grupo clínico que os responsáveis possuem um nível ruim de relacionamento (G1-M=18,40), seguido de bom nível de relacionamento (G1-M=14,82) tendo ambos uma ampla variação de pontos. A maior média de pontos para as crianças do grupo controle foi entre responsáveis com bom nível de relacionamento (G2 – M=5,45).

Tabela 32 – Estatística descritiva da pontuação total no CSBI por grupo e nível de relacionamento dos responsáveis.

		N	Média	DP	Erro Padrão
CLÍNICO (G1)	Bom	11	14,82	14,52	4,38
	Excelente	3	3,33	3,51	2,03
	Regular	9	12,00	9,82	3,27
	Ruim	5	18,40	15,45	6,91
	Total	28	13,32	12,66	2,39
CONTROLE (G2)	Bom	11	5,45	4,52	1,36
	Excelente	9	4,11	4,04	1,35
	Regular	9	1,33	1,87	0,62
	Ruim	1	3,00	0,00	0,00
	Total	30	3,73	3,94	0,72

A ANOVA para avaliar se a diferença das pontuações entre o nível do relacionamento dos responsáveis constitui uma evidência de validade de critério do tipo preditivo, constatou que a diferença não é significativa com este critério para o grupo clínico $\{F(0,97)=3; p>0,05\}$ e para o grupo controle $\{F(2,06)=3; p>0,05\}$.

A relação entre o número de horas que as crianças ficam expostas a conteúdos televisivos e a pontuação da versão brasileira do CSBI também foi avaliada por meio da Correlação de Pearson (Tabela 33). A correlação existente entre as pontuações no instrumento e o número de horas que as crianças do grupo clínico são expostas aos conteúdos televisivos é nula ($r=-0,14$) e baixa no grupo controle ($r=0,25$), mas não significativa.

Tabela 33 – Matriz de correlação das pontuações com horas de exposição à TV.

		Total CSBI	horas_TV
CLÍNICO (G1)	Total CSBI	1	-0,14
	horas_TV	-0,14	1
CONTROLE (G2)	Total CSBI	1	0,25
	horas_TV	0,25	1

$p > 0,05$ para G1 e G2

E por fim, avaliou-se o número de horas que as crianças ficam expostas a conteúdos da internet e a pontuação no instrumento por meio da Correlação de Pearson (Tabela 34). A correlação existente entre as pontuações no instrumento e o número de horas que as crianças do grupo clínico são expostas aos conteúdos da internet é nula no grupo clínico ($r = -0,16$) e no grupo controle ($r = -0,05$).

Tabela 34 – Matriz de correlação das pontuações com horas de exposição à internet.

		Total CSBI	horas_internet
CLÍNICO	Total CSBI	1	-0,16
	horas_internet	-0,16	1
CONTROLE	Total CSBI	1	-0,05
	horas_internet	-0,05	1

$p > 0,05$ para G1 e G2

5. DISCUSSÃO

Para que o CSBI possa ser utilizado no Brasil, submeteu-se este instrumento de medida a um rigoroso processo de adaptação e análise psicométrica, uma vez que apenas a adaptação semântica não seria suficiente como alerta alguns autores (Moraes et al., 2002; Hasselmann & Reichenheim, 2003). Seguiu-se os passos propostos por Guillemin & Ferraz (2000), para a tradução, adaptação transcultural e validação do instrumento com a tradução realizada por tradutores nativos no idioma português, realização de retrotradução para a língua original do teste, comparação da versão original com a final assegurando a equivalência semântica, idiomática e conceitual da versão brasileira do instrumento, o que atesta para a validade de conteúdo desta versão.

No que se refere à validação empírica da versão brasileira do CSBI, a caracterização da amostra demonstra maior frequência de mães como responsáveis pelas crianças, inclusive no grupo clínico (Tabela 5), enquanto que a Tabela 8 ao apresentar a distribuição por pessoa que denunciou o abuso sexual no boletim de ocorrência desse grupo, revela maior prevalência de casos para mãe (67,9%) como denunciante. Esse dado indicaria a possível fidedignidade dos dados obtidos por esse tipo de responsável, que ao denunciar pareceu envolvido com as necessidades da criança, sendo possível também, que esteja atento aos comportamentos sexuais expressos depois da experiência do abuso sexual.

Ressalta-se que houve dados coletados por meio do “Questionário da pesquisa”, que não foram apresentados nos resultados, pelo fato de que não se mostraram úteis a pesquisa de validação, como informações do tipo: “quantas horas a criança brinca” ou “como é o relacionamento da criança com os irmãos”.

Quanto à consistência interna do instrumento, o estudo exploratório indicou um coeficiente muito alto do alfa de Cronbach em toda a amostra ($\alpha=0,86$), sendo maior para o grupo clínico ($\alpha=0,87$) do que para o grupo controle ($\alpha=0,62$), que mesmo assim apresentou um coeficiente alto de consistência interna. Vale lembrar que a variância foi maior no grupo clínico ($s^2=160,37$) do que no grupo controle ($s^2=15,51$), como mostra a Tabela 20. Dados semelhantes foram obtidos pelo autor do CSBI que diz ser previsto este resultado, uma vez que

na amostra clínica é comum ocorrer uma maior variância, que pode gerar um coeficiente mais alto neste grupo (Friedrich, 1998). Com os resultados obtidos com a versão brasileira do CSBI, comprova-se sua confiabilidade, uma vez que, se assemelham aos resultados obtidos pelo autor na versão original (Friedrich, 1997) e na normatização holandesa (Schoentjes, Deboutte & Friedrich, 1999).

Com relação a validade de construto da versão brasileira do instrumento, obtida por meio da análise discriminante da pontuação total, observou-se diferença significativa nas médias obtidas, sendo maior para o grupo clínico ($t=5,57(27)$ e $p=0,000$), que atesta a validade de construto do tipo discriminante da versão brasileira da mesma forma que a versão original e relatada em diversos estudos (Hewitt & Friedrich, 1991; Friedrich, Jaworski, Huxsahl & Bengtson, 1997; Wherry, Jolly, Adam & Manjanatha, 1995; Consentino, Meyer-Bahlburg, Alpert, Weinberg & Gaines, 1995). Novamente a maior variabilidade de pontos no grupo clínico aparece como indicado pelo autor do instrumento (Friedrich, 1997).

A análise de evidências de validade de critério do tipo concorrente revelou que apesar da versão brasileira apresentar um índice de correlação ($r=-0,32$) entre a idade das crianças e a pontuação, semelhante ao encontrado na normatização americana do instrumento (Friedrich, 1997), a correlação no presente estudo não foi significativa ($p>0,05$), no entanto, a evidência de validade da versão brasileira foi obtida por meio da análise de variância das pontuações nos dois grupos, que demonstrou ser significativa para o grupo clínico $\{F(3,48)=2; p<0,05\}$, mas não para o grupo controle $\{F(1,85)=2; p>0,05\}$, o que indica que o critério idade foi capaz de distinguir a pontuação obtida pelas crianças de diferentes faixas etárias apenas no grupo clínico. Assim como na pesquisa de normatização americana (Friedrich, 1997) e holandesa (Schoentjes, Deboutte & Friedrich, 1999), na versão brasileira do CSBI, as crianças mais novas (de 2 a 5 anos) apresentaram pontuações mais altas que crianças mais velhas no dois grupos. Rutter (1971) explica que esse dado indica apenas, que as crianças maiores escondem mais seus comportamentos sexuais de seus pais do que as menores, mas a expressão de comportamentos sexuais nessa fase do desenvolvimento é igual.

A diferença das pontuações entre as idades dos responsáveis das crianças, não constituiu mais uma evidência de validade de critério do tipo concorrente, por não ser significativo os resultados deste critério para o grupo clínico $\{F(0,46)=3;$

$p > 0,05$ } e grupo controle $\{F(0,57)=2; p > 0,05\}$. O mesmo se verificou para o critério sexo para o grupo clínico $\{t=0,02(1); p > 0,05\}$ e grupo controle $\{t=0,21(1); p > 0,05\}$.

Da mesma forma, a análise de variância da diferença das pontuações entre a escolaridade dos responsáveis das crianças não constitui mais uma evidência de validade de critério do tipo preditivo, por não ser significativo este critério para o grupo clínico $\{F(0,47)=3; p > 0,05\}$ e grupo controle $\{F(2,16)=4; p > 0,05\}$, diferente do observado em estudos anteriores (Friedrich, 1991;1997;1998; Schoentjes, Deboutte & Friedrich, 1999) que demonstraram que respondentes com maior idade e grau de escolaridade relatavam maior frequência de comportamentos e portanto obtinham maiores pontuações no instrumento. Entretanto, na versão brasileira do CSBI se observou que a diferença é significativa para o critério estado civil, tanto para o grupo clínico $\{F(3,27)=4; p < 0,05\}$, quanto para o grupo controle $\{F(3,66)=6; p < 0,05\}$ onde as médias de pontos maiores são de crianças de responsáveis solteiras e divorciadas, o que parece indicar ser este um critério preditivo na versão brasileira do CSBI. Este dado não foi encontrado em outras pesquisas com o instrumento

Outras variáveis sócio-demográficas avaliadas não constituíram um critério preditivo da pontuação da versão brasileira do CSBI como classe social e estado civil, entretanto, a variável religião apesar de não apresentar diferença significativa para o grupo clínico $\{F(0,97)=3; p > 0,05\}$, apresentou para o grupo controle $\{F(4,26)=6; p < 0,05\}$ o que constitui evidência de validade de critério do tipo preditivo, uma vez que a variação da pontuação na versão brasileira parece ser influenciada pela religião dos responsáveis das crianças, dados não descritos em outros estudos.

No que se refere às variáveis culturais, a análise da variância das pontuações e o critério presença de familiar alcoolista não constatou diferença significativa para o grupo clínico $\{F(0,00)=1; p > 0,05\}$ e grupo controle $\{F(0,12)=2; p > 0,05\}$, do mesmo modo que não foi significativa as diferenças observadas entre as pontuações de crianças com familiares dependentes químicos que constatou não ser significativa a diferença para o grupo clínico $\{F(1,05)=2; p > 0,05\}$ e grupo controle $\{F(0,58)=2; p > 0,05\}$, não tendo estes critérios um caráter preditivo na versão brasileira, entretanto, não se tem conhecimento da influência destas variáveis nas pontuações do CSBI nos estudos até então

publicados, o que ressalta a importância do estudo exploratório realizado na presente pesquisa de validação da versão brasileira.

O nível do relacionamento dos responsáveis pelas crianças dos dois grupos também não constituiu uma evidência de validade de critério do tipo preditivo, uma vez que não se constatou ser a diferença significativa com este critério para o grupo clínico $\{F(0,97)=3; p>0,05\}$ e para o grupo controle $\{F(2,06)=3; p>0,05\}$. Do mesmo modo, a relação entre o número de horas que as crianças ficam expostas a conteúdos televisivos e a pontuação da versão brasileira do CSBI não é significativa ($p>0,05$), e portanto, também não indica ser este um critério preditivo para as pontuações no instrumento. Resultado semelhante também se observou para a relação entre as pontuações no instrumento e o número de horas que as crianças dos grupos da pesquisa são expostas aos conteúdos da internet. Esses dados também não são passíveis de comparação com outros da literatura por se tratarem de um estudo exploratório apenas da versão brasileira, sem registro na literatura.

Vale lembrar que devido ao tamanho da amostra nos dois grupos do estudo, não foi possível avaliar evidências de validade para as sub-escalas SASI e DSRB, uma vez que estas análises devem ser realizadas com um grupo maior e mais representativo dos estágios do desenvolvimento cognitivo.

Por fim, é importante informar as dificuldades enfrentadas durante o percurso da pesquisa que impediram a ampliação da amostra nos dois grupos do estudo de validação da versão brasileira do CSBI. Esta dificuldade ocorreu em grande parte pelo temor de várias instituições da Grande São Paulo (como secretarias de saúde, CREAS, abrigos, hospitais, entre outros), e outras que prestam assistência psicológica às vítimas de violência, e que, portanto, poderiam nos auxiliar com o grupo clínico, mas negaram permissão para que a pesquisa fosse realizada junto aos seus frequentadores/assistidos, com o argumento que seu delineamento era perigoso e uma ameaça ao modelo de saúde preconizado no SUS, uma vez que ao se desenvolver um estudo como este, que visa validar um instrumento de medida para avaliar o desenvolvimento sexual saudável e identificar desvios, estaríamos favorecendo o avanço de ideias “medicalizantes”.

Outras dificuldades também foram enfrentadas junto às instituições, uma vez que ao não autorizar a pesquisa, justificavam que às famílias de crianças que sofreram abuso sexual já sofreram o bastante e não deveriam ser expostas às

pesquisas científicas. As que autorizaram, ofereciam casos de crianças nas quais o abuso sexual havia ocorrido há muito tempo atrás (cerca de 4 anos). Esta é uma realidade que se apresenta nestes serviços de atendimento, ou seja, em função do segredo que há em torno do abuso sexual, do perfil das famílias abusadoras, das subnotificações, entre outras causas, as crianças demoram muito para revelar o abuso e obter assistência, o que prejudica estudos desta natureza nestes ambientes, uma vez que a literatura sobre o tema demonstra evidências da redução de sintomas e de comportamentos sexuais não normativos ao longo dos anos se a criança não é mais exposta à situação de abuso, logo precisaríamos de casos recentes para avaliar com maior precisão diferenças nas pontuações de crianças abusadas e não abusadas.

E por último as dificuldades enfrentadas junto às instituições de ensino fundamental privadas e públicas, que alegam não conseguir a participação dos pais na vida escolar das crianças, muito menos para participarem de uma pesquisa científica. Os educadores eram unânimes em declarar as dificuldades que encontram para distinguir comportamentos sexuais não normativos que observam em alguns alunos, pois lhes faltam parâmetros do que seria esperado a cada fase do desenvolvimento, e acreditam que é preciso ampliar a base de conhecimento no tema, inclusive com pesquisas desta natureza, mas os conflitos encontrados entre os agentes escolares e as famílias impossibilitam uma maior abertura da escola à comunidade científica.

6. CONCLUSÕES

O presente estudo atestou-se a validade de conteúdo da versão traduzida e adaptada para o português do CSBI, uma vez que se assegurou a equivalência semântica, idiomática, conceitual e cultural da versão brasileira com a versão original do instrumento.

Com relação a validação empírica, obteve-se evidências de validade da consistência interna por meio de um coeficiente de confiabilidade satisfatório, assim como, comprovou-se a validade de construto do tipo discriminante e a validade de critério do tipo concorrente e preditivo da versão brasileira do instrumento.

Cabe dizer que a utilidade do CSBI está diretamente associada ao conhecimento e experiência do profissional que utilizá-lo como um componente da avaliação que realizar a respeito da expressão de comportamentos sexuais normativos ou não, que podem indicar a presença do abuso sexual, avaliado por meio da SASI. Para a utilização desta técnica na avaliação e investigação de casos suspeitos de abuso sexual, seria necessário usá-lo em combinação com outras medidas e procedimentos (exemplo: entrevistas com a criança e os pais, outras escalas comportamentais, relato de professores, entre outros) para a melhor compreensão do caso para assegurar uma análise segura.

A utilização do CSBI depende da continuidade de pesquisas para a compreensão dos moderadores da experiência de abuso e a relação das características do abuso para diferentes aspectos do comportamento sexual de crianças. Além disso, novas pesquisas também ajudariam a determinar como o CSBI, em combinação com outras medidas objetivas, disponíveis em nosso meio – como o Inventário de Frases no Diagnóstico de Violência Doméstica contra crianças e adolescentes (IFDV) – pode melhorar nossa habilidade para identificar casos de abuso.

7. REFERÊNCIAS¹

Achenbach, T. M. (1991). *Manual for the Child Behavior Checklist/4-18 and 1991 Profile*. Burlington, VT: University of Vermont, Department of Psychiatry.

American Educational Research Association - AERA, American Psychological Association - APA, Nacional Council on Measurement in Education - NCME (1999). *Standards for Educational and Psychological Testing*. Washington, DC: American Educational Research Association.

Anastasi, A., Urbina, S. (2000). *Testagem Psicológica*. 7 ed. Porto Alegre: Artes Médicas.

Beaton, D. E., Bombardier, C., Guillemin, F. & Ferraz, M. B. (2000). Guidelines for the process of cross-cultural adaptation of self-report measures. *Spine*, 25(24): 3186-91.

Consentino, C. E., Meyer-Bahlburg, H. F. L., Alpert, J. L., Weinberg, S. L. & Gaines, R. (1995). Sexual behavior problems and psychopathology symptoms in sexually abused girls. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 34, 1033-1042.

Finkelhor, D. (1994). Current information on the scope and nature of child sexual abuse. *The future of children*, 4 (2), 31-53.

Friedrich, W. N., Grambsch, P., Broughton, D., Kuiper, J. & Beilke, R. (1991). Normative sexual behavior in children. *Pediatrics*, 88(3), 456-464.

Friedrich, W. N., Grambsch, P., Damon, L. Hewitt, S. K. Koverola, C., Lang, R. A., Wolfe, V., & Broughton, D. (1992). Child Sexual Behavior Inventory: Normative and clinical comparisons. *Psychological Assessment*, 4, 303-311.

Friedrich, W. N. (1993). Sexual behavior in sexually abused children. *Violence Update*, 3(5), 1, 7-11.

¹ De acordo com o estilo APA – American Psychological Association

Friedrich, W. N. (1997). *The Child Sexual Behavior Inventory (CSBI)*. Third Edition. Psychological Assessment Resources, Inc.

Friedrich, W. N., Jaworski, T. M., Huxsahl, J., & Bengtson, B. (1997). Dissociative and sexual behaviors in children and adolescents with sexual abuse and psychiatric histories. *Journal of Interpersonal Violence, 12*, 155-171.

Friedrich, W. N., Fisher, J., Broughton, D., Houston, M. & Shafran, C. (1998). Normative Sexual Behavior in Children: A Contemporary Sample. *Pediatrics, 101*(4), 19-23.

Guillemim, F., Bombardier, C., Beaton, D. (1993). Cross-cultural adaptation of health related quality of life measures: literature review and proposed guidelines. *Journal of Clinical Epidemiology, 46* (12), 1417-32.

Guillemim, F. (1995). Cross-cultural adaptation and validation of health status measures. *Scandinavian Journal of Rheumatology, 24* (2): 61-63.

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.

Hambleton, R. K., Patsula, L. (1999). Increasing the validity of adapted testes: myths to be avoided and guidelines for improving test adaptation practices. *Journal of Applied Testing Technology, (1)*, Retirado em 13/01/2010, do <<http://www.testpublishers.org/documents/journal0114.pdf>>

Hasselmann, M. H., Reichenheim, M. E. (2003). Adaptação transcultural da versão em português da Conflict Tactics Scales Form R (CTS -1), usada para aferir violência no casal: equivalência semântica e de mensuração. *Cadernos de Saúde Pública, 19*, 1083-1093.

Hewitt, S. K. & Friedrich, W. N. (1991). Effects of probable sexual abuse on preschool children. In M. Q. Patton (Ed), *Family Sexual Abuse* (pp. 57-74). Beverly Hills, CA: Sage.

Higgins, D. J., McCabe, M. P. (1998). Parent perceptions of maltreatment and adjustment in children. *Journal of Family Studies, 4* (1), 53-76.

Hogan, T. P. (2006). Introdução à prática de testes psicológicos (L. A. F. Pontes, Trad.). Rio de Janeiro: LTC. (Trabalho original publicado em 2003)

Instituto Brasileiro de Avaliação Psicológica - IBAP (2003). Diretrizes para o uso de testes: International Test Commission. Retirado em 13/01/2010, da homepage do Instituto Brasileiro de Avaliação Psicológica, http://www.ibapnet.org.br/avalpsi_diretrizes.html

Lamb, S. & Coakley, M. (1993). Normal childhood sexual play and games: differentiating play from abuse. *Child Abuse and Neglect*, 17, 515-526.

Lombardi, C., Bronfman, M., Facchini, L. A., Victora, C. G., Barros, F. C., Béria, J. U. (1988). Operacionalização do conceito de classe social em estudos epidemiológicos. *Rev. Saúde Pública*, 22 (4), 253-265.

Moraes, C. L., Hasselman, M. H. & Reichenheim, M. E. (2002). Adaptação transcultural para o português do instrumento Revised Conflict Tactics Scales (CTS2), utilizado para identificar violência entre casais. *Cadernos de Saúde Pública*, 18, 163-176.

Pereira, J. C. R. - Análise de dados qualitativos. EDUSP, São Paulo, 1999.

Phipps-Yonas, S., Yonas, A., Turner, M. & Kamper, M. (1993). Sexuality in early childhood: the observations and opinions of family daycare providers. *Cura Reporter*, 23,1-5.

Polanczyk, G.V., Zavaschi, M.L., Benetti, S., Zenker, R. & Gammerman, P.W. (2003). Violência sexual e sua prevalência em adolescentes de Porto Alegre, Brasil. *Revista de Saúde Pública*; 37(1), 8-14.

Rosenfield, A., Bailey, R., Siegel, B. & Bailey, G. (1986). Determining incestuous contact between parent and child: frequency of children touching parent's genitals in a nonclinical population. *Journal American Academy Child Psychiatry*, 25, 481-484.

Rutter, M. (1971). Normal Psychosexual Development. *Journal Child Psychol. Psychiatry.*, 11, 259-283.

Sanderson, C. (2005). *Abuso sexual em crianças – Fortalecendo pais e professores para proteger crianças contra abusos sexuais e pedofilia*. (D.C.A.,

Ferrari, Trad.). São Paulo: M. Books do Brasil. (Trabalho original publicado em 2004).

Schoentjes, E., Deboutte, D. & Friedrich, W. (1999). Child Sexual Behavior Inventory: A Dutch-speaking Normative Sample. *Pediatrics*, 104(4), 885-893.

Vijver, F. V. & Hambleton, R. K. (1996). Translating Tests: some practical guidelines. *European Psychologist*, 1 (2), 89-99.

Wherry, J.N., Jolly, J.B., Adam, B. & Manjanatha, S. (1995). Child Sexual Behavior Inventory Scores for Inpatient Psychiatric Boys. An Exploratory Study. *Journal of Child Sexual Abuse*, 4 (3), 95-105.

Yama, M., Tovey, S. & Fogas, B. (1993). Childhood family environment and sexual abuse as predictors of anxiety and depression in adult women. *American Journal Orthopsychiatry*, 36, 136-41.

APÊNDICES

APÊNDICE A - Carta de apresentação as instituições

ADAPTAÇÃO BRASILEIRA E ANÁLISE DE EVIDÊNCIAS DE VALIDADE DO INVENTÁRIO DE COMPORTAMENTOS SEXUAIS DA CRIANÇA (CSBI)

É grande a necessidade dos profissionais que atuam em serviços de atenção a saúde da criança e do adolescente, de instrumentos que favoreçam a avaliação de comportamentos sexuais normativos (com relação a faixa etária e gênero) ou decorrentes de contingências ambientais. Entre estas destaca-se o contexto familiar e demais estímulos que podem influenciar o desenvolvimento sexual da criança, inclusive estímulos que podem ser altamente danosos como o abuso sexual infantil. Os comportamentos indicadores da ocorrência de abuso sexual identificados possibilitam investigações para a detecção precoce de casos de abuso sexual, impedindo assim, que este atue como fator de risco para transtornos psicopatológicos na infância e em idades mais avançadas. A detecção precoce também visa a redução do sofrimento da criança e de seus familiares, uma vez que possibilita uma intervenção, seja esta legal e/ou psicológica.

Nesse sentido, solicitamos autorização do responsável da instituição para a realização da pesquisa de adaptação brasileira e análise de evidências de validade do *Inventário de Comportamentos Sexuais da Criança* (CSBI). O CSBI é um inventário que avalia a frequência de comportamentos sexuais normativos com relação a faixa etária e gênero e a prevalência de comportamentos sexuais indicadores de abuso sexual ou de outras contingências ambientais. O estudo está vinculado ao Programa de Pós-Graduação do Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo, com a supervisão do Dr. Francisco Baptista Assumpção Junior.

O estudo será desenvolvido com 2 grupos de responsáveis pela criança que frequenta a instituição. O primeiro grupo será composto por pais/responsáveis de 30 crianças de 2 a 12 anos com história ou suspeita de abuso sexual. O segundo grupo será composto por pais/responsáveis de 30 crianças de 2 a 12 anos sem história ou suspeita de abuso sexual. Os participantes serão instruídos para responder o questionário da pesquisa e o CSBI, após a leitura e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. As informações obtidas serão de caráter confidencial, a elas só terão acesso os pesquisadores diretamente envolvidos na pesquisa, que analisarão os dados do ponto de vista estatístico de sua representatividade. Com isso, pretende-se manter o caráter científico, ético e profissional da referida pesquisa.

Agradecemos à atenção, e contamos com colaboração da instituição para a realização da pesquisa. Para maiores informações, entre em contato no tel.: (11) 3782-6304 ou 9668-9914 (falar com Milena).

São Paulo, _____ de _____ de 20 _____

Atenciosamente,

Dr. Francisco Baptista Assumpção Junior
Prof. Associado ao Departamento
de Psicologia Clínica do
Instituto de Psicologia da
Universidade de São Paulo

Milena de O. Rossetti
Pesquisadora do Programa de
Pós-Graduação do
Instituto de Psicologia da
Universidade de São Paulo

APÊNDICE B - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE

Estamos solicitando sua participação na pesquisa *Adaptação brasileira e análise de evidências de validade do Inventário de Comportamentos Sexuais da Criança (CSBI)*, que está vinculada ao Programa de Pós-Graduação do Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo, com a supervisão do Dr. Francisco Baptista Assumpção Junior, sendo a psicóloga Milena de Oliveira Rossetti, a responsável pelo estudo que tem como principal objetivo obter dados que auxiliem profissionais que atuam em serviços de atenção a saúde da criança e do adolescente, a avaliar comportamentos sexuais que podem indicar a possível ocorrência de abuso sexual vivido dentro ou fora do lar. Para isso, entrevistaremos mães ou responsáveis legais de crianças residentes no estado de São Paulo. O primeiro grupo será composto por pais/responsáveis de 30 crianças de 2 a 12 anos com história ou suspeita de abuso sexual. O segundo grupo será composto por pais/responsáveis de 30 crianças de 2 a 12 anos sem história ou suspeita de abuso sexual.

Para tanto é necessário que o responsável responda: a) algumas questões sócio-demográficas e sobre hábitos da criança e de seus familiares; b) um questionário chamado *Inventário de Comportamentos Sexuais da Criança (CSBI)*; c) algumas questões sobre o abuso que ocorreu com a criança (somente a mãe ou responsável de crianças que sofreram abuso sexual responderão a estas questões).

Essa atividade será realizada na própria instituição no qual a criança é assistida, em 1 (um) encontro de aproximadamente 40 minutos. Os dados obtidos por meio destes instrumentos serão mantidos em sigilo e acessados somente pelo grupo de pesquisadores responsáveis pelo estudo. O maior desconforto para as mães ou responsáveis pelas crianças será o tempo que deverão dispor para responder as questões. O benefício será a contribuição pessoal para o desenvolvimento de um estudo científico que pode beneficiar profissionais de saúde e as crianças que atendem.

Eu, _____ (nome do responsável pela criança) fui informado (a) dos objetivos especificados acima, de forma clara e detalhada. Recebi informações específicas sobre o procedimento no qual estarei envolvida, do desconforto previsto, tanto quanto do benefício esperado. Todas as minhas dúvidas foram respondidas com clareza e sei que poderei solicitar novos esclarecimentos a qualquer momento através dos telefones (11) 3034 3600 ramal 235/ 9668-9914.

Sei que novas informações obtidas durante o estudo me serão fornecidas e que terei liberdade de retirar meu consentimento de participação na pesquisa em face dessas informações. Fui certificada de que as informações que fornecerei terão caráter confidencial.

Declaro que recebi cópia do presente termo de consentimento livre e esclarecido.

Nome da Criança:.....

Doc. de Identidade:..... Data de Nascimento: Sexo: M() F ()

Nome do Responsável:.....

Natureza (grau de parentesco, tutor, cuidador, etc):.....

Doc. de Identidade:.....Data de Nascimento:

Endereço:.....No°:..... Apt.:.....

CEP:.....Cidade:.....UF:.....Telefone: (.....).....

Data:

Assinatura da Responsável

Assinatura da Pesquisadora

Projeto nº 2009.046 aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos do Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo (CEPH-IP) sediado à Av. Profº. Mello Moraes, 1721, bloco G – sala 22 – Cidade Universitária – São Paulo/SP – CEP: 05508-030

APÊNDICE C - Questionário de Pesquisa

IDENTIFICAÇÃO

Instituição: _____ Data: _____

Nome da Criança _____ Idade _____ Data de nascimento: / /

Nome do responsável _____ Grau de parentesco _____

DADOS FAMILIARES

Informe o estado civil dos pais:

Pai ___ Solteiro() Casado() Separado() Divorciado() Viúvo() Ignorado()

Mãe ___ Solteira() Casada() Separada() Divorciada() Viúva() Ignorado()

Com quem mora a criança?

() **Pai** Idade: _____ Ocupação: _____ Religião: _____

Escolaridade: analfabeto() 1º grau() 2º grau() 3º grau()

() **Mãe** Idade: _____ Ocupação: _____ Religião: _____

Escolaridade: analfabeto() 1º grau() 2º grau() 3º grau()

() **Madrasta/Padrasto** Idade: _____ Ocupação: _____ Religião: _____

Escolaridade: analfabeto() 1º grau() 2º grau() 3º grau()

() **Irmãos:** Quantos? _____

Idade: _____ Sexo: _____ Escolaridade: analfabeto() 1º grau() 2º grau() 3º grau()

Idade: _____ Sexo: _____ Escolaridade: analfabeto() 1º grau() 2º grau() 3º grau()

Idade: _____ Sexo: _____ Escolaridade: analfabeto() 1º grau() 2º grau() 3º grau()

() **Avô/Avó** Idade: _____ Ocupação: _____

() **Outros:** _____ (Especifique)

Escolaridade do responsável pela criança (seguir para “Classe social” se essa informação já consta nos itens anteriores):

analfabeto() 1º grau() 2º grau() 3º grau()

RENDA FAMILIAR

Até 1 salário mínimo () 1 a 3 salários mínimos ()

3 a 5 salários mínimos () Acima de 5 salários mínimos ()

DESCANSO/LAZER/ENTRETENIMENTO:

Onde a criança dorme? No quarto dos pais () No próprio quarto () Outros ()

Quantas horas por dia a criança brinca?

1 a 3 () 4 a 6 () 6 a 10 () mais ()

Com quem ela brinca? Irmãos () amigos () desconhecidos () adultos ()

Quantas horas por dia a criança assiste televisão?

0 () 1 a 3 () 4 a 6 () 6 a 10 () mais ()

Qual a programação?

desenhos animados () filmes indicados para a idade () outros ()
programas de auditório () filmes não indicados para a idade ()

Quantas horas por dia a criança navega na internet?

0 () 1 a 2 () 3 a 4 () 4 a 6 () mais ()

Qual a finalidade?

Jogos () pesquisa da escola () outros () ignorado ()

SAÚDE:

A criança apresenta alguma doença? () Não () Sim

Qual? _____

Faz ou fez algum tipo de tratamento? () Não () Sim

Qual? _____

Toma medicamentos? () Não () Sim

Quais? _____

Assinale somente se o familiar lembrado a seguir reside com a criança:

Alguém na família tem histórico de alcoolismo? () Não () Sim

Alguém na família tem histórico de uso de drogas? () Não () Sim

RELACIONAMENTOS:

O relacionamento da criança com os pais é:

ruim () regular () bom () excelente ()

O relacionamento dos pais entre si é:

ruim () regular () bom () excelente ()

O relacionamento da criança com os irmãos é:

ruim () regular () bom () excelente ()

APÊNDICE D - Inventário de Comportamentos Sexuais da Criança (CSBI) – versão traduzida e adaptada para o português do Child Sexuality Behavior Inventory – CSBI

Nome da Criança _____ Data / /
 Circule um: Menino Menina Idade _____
 Data de nascimento da criança / /
 Nome do responsável) _____
 Grau de parentesco _____

Instruções

Esse formulário apresenta questões sobre o comportamento da criança. Leia cada item, e circule o número que para você corresponde a frequência com que sua criança apresentou o comportamento nos últimos 6 meses.

Circule 0 se sua criança nunca apresenta o comportamento.

Circule 1 se sua criança apresenta o comportamento menos de uma vez por mês.

Circule 2 se sua criança apresenta o comportamento de 1 a 3 vezes por mês.

Circule 3 se sua criança apresenta o comportamento pelo menos uma vez por semana.

Por exemplo, se sua criança se atrasa para a escola cerca de duas vezes por semana, você deveria circular o 2 para esse item.

Se atrasa para a escola.

0 1 2 3

Se você se enganar ou quiser mudar de resposta, não apague. Assinale a resposta errada com um “X” e então circule a resposta correta, como no exemplo.

Se atrasa para a escola.

0 1 2 3

Questões sobre o comportamento de sua criança

Por favor circule o número que diz com que frequência sua criança apresentou os seguintes comportamentos nos últimos 6 meses:

	Nunca	menos de 1 x/mês	1 a 3 x/mês	1 x/semana
1. Veste-se como o sexo oposto.	0	1	2	3
2. Fica fisicamente muito próximo das pessoas.	0	1	2	3
3. Conversa sobre querer ser do sexo oposto.	0	1	2	3
4. Toca ou apalpa os genitais quando está em locais públicos.	0	1	2	3
5. Masturba-se com a mão.	0	1	2	3
6. Desenha genitais quando desenha figuras de pessoas.	0	1	2	3
7. Toca ou apalpa ou tenta tocar os seios de sua mãe ou de outras mulheres.	0	1	2	3

8. Masturba-se com brinquedos ou objetos (cobertor, travesseiro, brinquedo de plástico).	0	1	2	3
9. Toca ou apalpa a genitália de outra criança.	0	1	2	3
10. Tenta ter relações sexuais com outra criança ou adulto.	0	1	2	3
11. Coloca a boca em genitais de outra criança ou adulto.	0	1	2	3
12. Toca ou apalpa seus genitais quando está em casa.	0	1	2	3
13. Toca ou apalpa genitais de adultos.	0	1	2	3
14. Toca ou apalpa genitais de animais.	0	1	2	3
15. Faz sons sexuais (suspiros, gemidos, respiração pesada, etc.).	0	1	2	3
16. Solicita que se envolvam em atos sexuais com ele ou ela.	0	1	2	3
17. Esfrega o corpo nas pessoas ou nos móveis.	0	1	2	3
18. Coloca objetos na vagina ou reto.	0	1	2	3
19. Tenta olhar pessoas quando estão nuas ou se despindo.	0	1	2	3
20. Finge que bonecas ou animais de pelúcia tem relações sexuais.	0	1	2	3
21. Mostra genitais para adultos.	0	1	2	3
22. Tenta olhar imagens de nudez ou de pessoas parcialmente vestidas.	0	1	2	3
23. Conversa sobre atos sexuais.	0	1	2	3
24. Beija adultos que não conhece bem.	0	1	2	3
25. Fica chateado quando adultos se beijam ou se abraçam.	0	1	2	3
26. É excessivamente amigável com homens que não conhece bem.	0	1	2	3
27. Beija outras crianças que não conhece bem.	0	1	2	3
28. Conversa de forma sedutora.	0	1	2	3
29. Tenta despir outra criança contra sua vontade (abre calças, camisa, etc.).	0	1	2	3
30. Quer assistir TV ou filmes que mostrem nudez ou sexo.	0	1	2	3
31. Quando beija, tenta colocar sua língua na boca da outra pessoa.	0	1	2	3
32. Abraça adultos que não conhece bem.	0	1	2	3
33. Mostra genitais para crianças.	0	1	2	3
34. Tenta despir adultos contra sua vontade (abre calças, camisa, etc.).	0	1	2	3
35. É muito interessado no sexo oposto.	0	1	2	3

36. Coloca sua boca nos seios da mãe ou de outras mulheres.	0	1	2	3
37. Sabe mais sobre sexo do que outras crianças com sua idade.	0	1	2	3
38. Outros comportamentos sexuais (por favor descreva).				
A. _____	0	1	2	3
B. _____				

APÊNDICE E – Dados adicionais do grupo clínico

IDENTIFICAÇÃO

Instituição: _____ Data: _____

Nome da Criança _____ Idade _____ Data de nascimento: / /

Nome do responsável _____ Grau de parentesco _____

Prontuário nº _____

1. A quanto tempo ocorreu o abuso sexual?

Até 3 meses atrás () Até 6 meses atrás ()

Até 9 meses atrás () Até 12 meses atrás ()

2. Por quanto tempo ocorreu o abuso sexual?

3 meses () 6 meses ()

9 meses () 12 meses () mais de 12 meses ()

3. Quem era o agressor?

Pai () Mãe () Irmão ()

Padrasto () Tio () Primo () Vizinho ()

Pessoa conhecida na comunidade () Desconhecido () Outros: _____

4. Quem denunciou o agressor?

Pai () Mãe () Irmão () Avós ()

Padrasto () Tio () Primo () Vizinho ()

Pessoa conhecida na comunidade () Desconhecido () Outros: _____

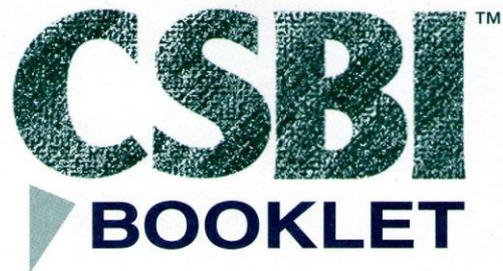
5. Qual o procedimentos adotados por parte dos órgãos da justiça?

Processo criminal () retirada do poder pátrio dos pais ()

Encaminhamento da criança/adolesc. para abrigo ()

6. De quem é a guarda?

Mãe () Pai () Avós () Tios () Familiar distante ()

ANEXOS**ANEXO A - Caderno de aplicação CSBI (original)**

PAR Psychological Assessment Resources, Inc. • 16204 N. Florida Avenue • Lutz, FL 33549 • 1.800.331.8378 • www.parinc.com

Copyright © 1986, 1991, 1992, 1993, 1997 by Psychological Assessment Resources, Inc. All rights reserved. May not be reproduced in whole or in part in any form or by any means without written permission of Psychological Assessment Resources, Inc. This booklet is printed in green and blue ink on carbonless paper. Any other version is unauthorized.

9 8 7 6 5 4 3

Reorder #RO-3812

Printed in the U.S.A.

Child's Name _____ Date _____ / ____ / ____
 Circle One: Boy Girl Child's Age _____ Child's Birthdate _____ / ____ / ____
 Rater's name _____ Relationship to child _____

Directions

This booklet asks questions about your child's behavior. Read each item, and then circle the number that tells you how often your child has shown the behavior in the last 6 months.

Circle **0** if your child has **never** shown the behavior.

0 1 2 3

Circle **1** if your child has shown the behavior **less than once a month**.

0 1 2 3

Circle **2** if your child has shown the behavior **1-3 times a month**.

0 1 2 3

Circle **3** if your child has shown the behavior **at least once a week**.

0 1 2 3

For example, if your child has been late for school about twice a month, you would circle the 2 for this item, like this:

Is late for school.

0 1 2 3

If you make a mistake or want to change your answer, do **NOT** erase. Cross out the wrong answer with an "X" and then circle the correct answer, like this:

Is late for school.

0 1 ~~2~~ 3

Questions About Your Child's Behavior

Please circle the number that tells how often your child has shown the following behaviors in the last 6 months:

	Never	Less than 1/month	1-3 times/ month	At least 1/week
1. Dresses like the opposite sex	0	1	2	3
2. Stands too close to people	0	1	2	3
3. Talks about wanting to be the opposite sex.....	0	1	2	3
4. Touches sex (private) parts when in public places	0	1	2	3
5. Masturbates with hand.....	0	1	2	3
6. Draws sex parts when drawing pictures of people	0	1	2	3
7. Touches or tries to touch their mother's or other women's breasts	0	1	2	3
8. Masturbates with toy or object (blanket, pillow, plastic toy)	0	1	2	3
9. Touches another child's sex (private) parts	0	1	2	3
10. Tries to have sexual intercourse with another child or adult.....	0	1	2	3
11. Puts mouth on another child's/adult's sex parts	0	1	2	3
12. Touches sex (private) parts when at home.....	0	1	2	3
13. Touches an adult's sex (private) parts.....	0	1	2	3
14. Touches animals' sex parts	0	1	2	3
15. Makes sexual sounds (sighs, moans, heavy breathing, etc.)	0	1	2	3
16. Asks others to engage in sexual acts with him or her.....	0	1	2	3
17. Rubs body against people or furniture.....	0	1	2	3
18. Puts objects in vagina or rectum.....	0	1	2	3
19. Tries to look at people when they are nude or undressing	0	1	2	3
20. Pretends that dolls or stuffed animals are having sex	0	1	2	3
21. Shows sex (private) parts to adults.....	0	1	2	3
22. Tries to look at pictures of nude or partially dressed people	0	1	2	3
23. Talks about sexual acts	0	1	2	3
24. Kisses adults they do not know well	0	1	2	3
25. Gets upset when adults are kissing or hugging	0	1	2	3
26. Overly friendly with men they don't know well	0	1	2	3
27. Kisses other children they do not know well	0	1	2	3
28. Talks flirtatiously	0	1	2	3
29. Tries to undress other children against their will (opening pants, shirt, etc.)	0	1	2	3
30. Wants to watch TV or movies that show nudity or sex	0	1	2	3
31. When kissing, tries to put their tongue in other person's mouth	0	1	2	3
32. Hugs adults they do not know well	0	1	2	3
33. Shows sex (private) parts to children.....	0	1	2	3
34. Tries to undress adults against their will (opening pants, shirt, etc.)	0	1	2	3
35. Is very interested in the opposite sex	0	1	2	3
36. Puts their mouth on mother's or other women's breasts	0	1	2	3
37. Knows more about sex than other children their age	0	1	2	3
38. Other sexual behaviors (please describe)	0	1	2	3
A. _____				
B. _____				

ANEXO B – Ficha de Apuração CSBI - exemplos avaliados (Friedrich, 1997).

Child's Name G.G. Date 4 / 14 / 97
 Circle One: Boy Girl Child's Age 11 Child's Birthdate 6 / 12 / 85
 Rater's name K.G. Relationship to child Mother

DRSB and SASI Scoring

Boys

Boys 2-5 years		Boys 6-9 years		Boys 10-12 years	
DRSB	SASI	DRSB	SASI	DRSB	SASI
2. _____	3. _____ 26. _____	12. _____	2. _____ 23. _____	35. _____	2. _____ 23. _____
4. _____	6. _____ 27. _____	19. _____	4. _____ 25. _____		4. _____ 26. _____
7. _____	8. _____ 28. _____		5. _____ 26. _____		7. _____ 27. _____
12. _____	9. _____ 30. _____		6. _____ 27. _____		9. _____ 28. _____
19. _____	10. _____ 31. _____		9. _____ 28. _____		12. _____ 32. _____
	11. _____ 32. _____		10. _____ 29. _____		17. _____ 37. _____
	16. _____ 33. _____		11. _____ 30. _____		19. _____ 38. _____
	18. _____ 34. _____		14. _____ 33. _____		
	21. _____ 35. _____		16. _____ 35. _____		
	22. _____ 37. _____		17. _____ 37. _____		
	23. _____ 38. _____		20. _____ 38. _____		
	24. _____		22. _____		
Sum _____	Sum _____	Sum _____	Sum _____	Sum _____	Sum _____

Girls

Girls 2-5 years		Girls 6-9 years		Girls 10-12 years	
DRSB	SASI	DRSB	SASI	DRSB	SASI
2. _____	4. _____ 21. _____	12. _____	2. _____ 26. _____	35. <u>1</u>	6. <u>0</u> 28. <u>0</u>
7. _____	5. _____ 23. _____	19. _____	4. _____ 27. _____		15. <u>0</u> 30. <u>0</u>
12. _____	9. _____ 25. _____		5. _____ 28. _____		23. <u>0</u> 32. <u>0</u>
19. _____	10. _____ 26. _____		7. _____ 29. _____		24. <u>0</u> 37. <u>0</u>
	11. _____ 28. _____		8. _____ 32. _____		26. <u>0</u> 38. <u>0</u>
	13. _____ 31. _____		9. _____ 35. _____		27. <u>0</u>
	15. _____ 32. _____		10. _____ 37. _____		
	16. _____ 33. _____		17. _____ 38. _____		
	17. _____ 35. _____		20. _____		
	18. _____ 37. _____				
	20. _____ 38. _____				
Sum _____	Sum _____	Sum _____	Sum _____	Sum <u>1</u>	Sum <u>0</u>

T score	Interpretation
65 and above	Clinically significant
60 to 64	Suggests difficulty and possibly significant behavior problems
59 and below	Nonsignificant

CSBI Score Summary		
CSBI Total	DRSB	SASI
Raw score <u>4</u>	Raw score <u>1</u>	Raw score <u>0</u>
T score <u>55</u>	T score <u>58</u>	T score <u>45</u>
Normative Table/Comparison Group Used <u>AG/Girls, Ages 10-12 years</u>		

Figure 8. Scoring sheet for G.G. (Case Example 7).

Child's Name H.H. Date 8 / 11 / 97
 Circle One: Boy Girl Child's Age 6 Child's Birthdate 4 / 2 / 91
 Rater's name K.H. Relationship to child Mother

DRSB and SASI Scoring

Boys

Boys 2-5 years		Boys 6-9 years		Boys 10-12 years	
DRSB	SASI	DRSB	SASI	DRSB	SASI
2. _____	3. _____ 26. _____	12. <u>3</u>	2. <u>3</u> 23. <u>2</u>	35. _____	2. _____ 23. _____
4. _____	6. _____ 27. _____	19. <u>0</u>	4. <u>3</u> 25. <u>0</u>		4. _____ 26. _____
7. _____	8. _____ 28. _____		5. <u>3</u> 26. <u>0</u>		7. _____ 27. _____
12. _____	9. _____ 30. _____		6. <u>0</u> 27. <u>0</u>		9. _____ 28. _____
19. _____	10. _____ 31. _____		9. <u>0</u> 28. <u>0</u>		12. _____ 32. _____
	11. _____ 32. _____		10. <u>0</u> 29. <u>0</u>		17. _____ 37. _____
	16. _____ 33. _____		11. <u>0</u> 30. <u>0</u>		19. _____ 38. _____
	18. _____ 34. _____		14. <u>1</u> 33. <u>2</u>		
	21. _____ 35. _____		16. <u>0</u> 35. <u>0</u>	Sum _____	Sum _____
	22. _____ 37. _____		17. <u>0</u> 37. <u>0</u>		
	23. _____ 38. _____		20. <u>0</u> 38. <u>1</u>		
	24. _____		22. <u>0</u>		
Sum _____	Sum _____	Sum <u>3</u>	Sum <u>15</u>		

Girls

Girls 2-5 years		Girls 6-9 years		Girls 10-12 years	
DRSB	SASI	DRSB	SASI	DRSB	SASI
2. _____	4. _____ 21. _____	12. _____	2. _____ 26. _____	35. _____	6. _____ 28. _____
7. _____	5. _____ 23. _____	19. _____	4. _____ 27. _____		15. _____ 30. _____
12. _____	9. _____ 25. _____		5. _____ 28. _____		23. _____ 32. _____
19. _____	10. _____ 26. _____		7. _____ 29. _____		24. _____ 37. _____
	11. _____ 28. _____		8. _____ 32. _____		26. _____ 38. _____
	13. _____ 31. _____		9. _____ 35. _____		27. _____
	15. _____ 32. _____		10. _____ 37. _____	Sum _____	Sum _____
	16. _____ 33. _____		17. _____ 38. _____		
	17. _____ 35. _____		20. _____		
	18. _____ 37. _____				
	20. _____ 38. _____				
Sum _____	Sum _____	Sum _____	Sum _____		

T score	Interpretation
65 and above	Clinically significant
60 to 64	Suggests difficulty and possibly significant behavior problems
59 and below	Nonsignificant

CSBI Score Summary		
CSBI Total	DRSB	SASI
Raw score <u>19</u>	Raw score <u>3</u>	Raw score <u>15</u>
T score <u>87</u>	T score <u>65</u>	T score <u>103</u>
Normative Table/Comparison Group Used <u>A2/Boys, Ages 6-9 years</u>		

Figure 9. Scoring sheet for H.H. (Case Example 8).

ANEXO C – Autorização da editora PAR

-----Mensagem original-----

De: Vicki King [mailto:vking@parinc.com]
Enviada em: terça-feira, 1 de fevereiro de 2011 15:32
Para: Irene Leme
Assunto: RE: CSBI Back-Translation Review

Dear Irene,

Thank you for your patience while we reviewed the back-translation again.

I am writing to let you know that we have approved the back-translation (from Brazilian Portuguese to English) of the CSBI. Please consider this letter as our written authorization to proceed with reproduction of up to 60 copies of the Brazilian Portuguese version of the CSBI. Please forward a copy of the final translation and back-translation to me for our files. The following credit line must be placed at the bottom of the verso title or similar front page on any and all material used:

"Adapted and reproduced by special permission of the Publisher, Psychological Assessment Resources, Inc., 16204 North Florida Avenue, Lutz, Florida 33549, from the Child Sexual Behavior Inventory by William Friedrich, Ph.D., Copyright 1986, 1991, 1992, 1993, 1997 by Mayo Clinic Foundation, Inc. Further reproduction is prohibited without permission of Psychological Assessment Resources, Inc."

I look forward to receiving the final translation and back-translation (with the above credit line noted at the bottom) from you.

If you have any questions, please feel free to contact me.

Sincerely,

Vicki King

Executive Assistant to the
Chairman and CEO

Psychological Assessment Resources, Inc.
16204 N. Florida Avenue
Lutz, FL 33549
www.parinc.com
Phone: 813-968-3003 813-968-3003
Fax: 813-968-2598

ANEXO D – Aprovação do Comitê de Ética

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
INSTITUTO DE PSICOLOGIA
Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos – CEPH-IP



Of.022/2010-CEPH-IP - 06/04/2010

Senhor Professor,

O Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos do IPUSP (CEPH-IP) em reunião de 05.04.2010 aprovou, conforme parecer anexo, o Projeto de Pesquisa nº 2009.046, intitulado: “Adaptação brasileira e análise de evidências de validade do inventário de comportamentos sexuais da criança (CSBI)”, a ser desenvolvido por sua orientanda Milena de Oliveira Rossetti, nível Mestrado do Programa de Pós-Graduação em Psicologia Clínica do IPUSP.

Atenciosamente,


Profa. Dra. Ana Maria de Barros Aguirre
Coordenadora do CEPH-IP

Ilmo. Sr.
Prof. Francisco Baptista Assumpção Junior
Programa de Pós-Graduação em Psicologia Clínica
IPUSP

ANEXO E - Avaliação de classe social – Pelotas

Instituição: _____ Data: _____

Nome da Criança _____ Idade _____ Data de nascimento: / /

Nome do responsável _____ Grau de parentesco _____

Conta própria:na construção civil*proletariado típico*nos demais setores da produção de bens materiais

com formação universitária

nova pequena burguesia

sem formação universitária

com estabelecimento

pequena burguesia tradicional

sem estabelecimento

c/ conhecimento do ofício

pequena burguesia tradicional

s/ conhecimento do ofício

*subproletariado*no comércio e serviços

com formação universitária

nova pequena burguesia

sem formação universitária

com estabelecimento

pequena burguesia tradicional

sem estabelecimento

c/ conhecimento do ofício

pequena burguesia tradicional

s/ conhecimento do ofício

subproletariado

Assalariados:**na produção de bens materiais**relação direta c/ produção

na construção civil

c/ form. universit. e/ou postos diretivos

nova pequena burguesia

s/ form. universit. e postos diretivos

c/ conhec. de ofício *proletariado típico*s/ conhec. de ofício *subproletariado*

nos demais setores de prod. de bens materiais

c/ form. universit. e/ou postos diretivos

*nova peq. burguesia*s/ form. universit. e postos diretivos *proletariado típico*relação indireta c/ produção

c/ form. universit. e/ou postos diretivos

nova pequena burguesia

s/ form. universit. e postos diretivos

*proletariado não típico***em serviços domésticos***subproletariado***em comércio e serviços (exceto domésticos)**

c/ form. universit. e/ou postos diretivos

nova pequena burguesia

s/ form. universit. e postos diretivos

proletariado não típico

Empregadores:

com 5 ou mais empregados e renda igual ou superior a 15 SM	<i>burguesia</i>
até 4 empregados e/ou renda inferior a 15 SM	
com formação universitária	<i>nova pequena burguesia</i>
sem formação universitária	<i>pequena burguesia tradicional</i>

Classe Social: _____

ANEXO F - Composição das classes sociais da escala “Avaliação de Classe Social – Pelotas”

A burguesia está constituída por todos os proprietários de meios de produção que, sem estar eles mesmos sujeitos à exploração, empregam força de trabalho assalariada', exercendo uma função de exploração de tipo capitalista que se expressa na apropriação de uma porção de tempo de trabalho do operário. Os requisitos exigidos para pertinência a esta classe, são:

- a) empregar cinco ou mais pessoas, e
- b) ter renda individual superior a quinze salários mínimos (pontos de corte arbitrário, porém' com base nas características sócio-econômicas de Pelotas).

A nova pequena burguesia engloba os agentes sociais que ocupam os postos de mais alto nível técnico e de tomada de decisões, especificamente:

- a) os trabalhadores assalariados que desempenham, no plano econômico, funções próprias do capital, como são as de direção, organização e vigilância do processo de trabalho e da produção, como, por exemplo, os diretores de empresas, os gerentes, administradores, chefes de departamentos, e outros, que cumprem a função de organizar a exploração da força de trabalho,
- b) os trabalhadores assalariados que exercem funções de direção dentro do setor público. Este grupo é composto por agentes sociais que tem como função planejar, instrumentar e/ou executar políticas que contribuam para a reprodução das relações de produção capitalista. A alta oficialidade do exército e da polícia, os quadros diretivos da burocracia política, os legisladores, os agentes responsáveis pela execução da justiça nos tribunais, e outros, são exemplos destes agentes sociais,
- c) os trabalhadores assalariados que exercem funções as quais, apesar de não serem de direção, requerem uma formação profissional de nível universitário. Neste grupo encontram-se os agentes que detêm o controle técnico dos meios de produção (engenheiros, cientistas, agrônomos, e outros) e aqueles cuja função é servir de veículo transmissor da ideologia dominante (jornalistas, professores, publicitários, e outros),
- d) os profissionais autônomos que são portadores de práticas especializadas que lhes permitem vender seu trabalho, ainda que não sua força de trabalho. Pertencem a este grupo, agentes, tais como os profissionais e técnicos que trabalham por conta própria, como médicos, engenheiros, advogados, dentistas, e outros. Estes agentes podem até possuir meios de produção e contratar mão de obra assalariada, mas diferenciam-se da burguesia por empregarem menos de cinco pessoas e/ou por terem renda individual inferior a quinze salários mínimos.

A pequena burguesia tradicional é composta pelos agentes sociais que, sem possuir formação universitária, possuem a capacidade de reproduzir-se de maneira independente por disporem de meios de produção próprios. A reprodução desta classe baseia-se na utilização da força de trabalho do grupo familiar. Podem contratar força de trabalho assalariada, mas diferenciam-se dos burgueses por contratarem menos de cinco empregados e/ou por sua renda individual ser inferior a quinze salários mínimos. Geralmente, as unidades de produção e comercialização que pertencem a esta classe operam em uma escala de reprodução simples, que lhes permite apenas recuperar o capital e o trabalho invertidos no processo. Desta forma asseguram, por uma parte, sua continuidade no processo econômico e, por outra, a reprodução de sua força de trabalho e de sua família. Este grupo encontra-se integrado pelos agentes da indústria artesanal, pelos pequenos comerciantes, e pelos proprietários independentes do setor serviços.

O proletariado inclui todos os agentes sociais que, estando submetidos a uma relação de exploração, não exercem eles mesmos nem direta nem indiretamente função de exploração. Trata-se de trabalhadores que: 1) não dispõem de meios de produção e de trabalho, 2) vendem sua força de trabalho para poder sobreviver, 3) são objeto da extração de uma proporção do produto de seu trabalho, e 4) não possuem formação de nível superior. De acordo com a natureza e forma concreta como os indivíduos realizam seu trabalho, distingue-se dois diferentes subconjuntos: a) proletariado típico, e b) proletariado não-típico. No primeiro caso, trata-se de trabalhadores que desempenham atividades diretamente vinculadas com a produção e o transporte de mercadorias (pedreiros, operários, motoristas) enquanto que ao segundo grupo pertencem aqueles assalariados que somente têm relação indireta com a produção (bancários, trabalhadores de escritório, funcionários públicos).

Por último, a classe denominada subproletariado inclui todos os agentes sociais que desempenham uma atividade predominantemente não assalariada, em geral instável, com a qual obtém salários e/ou rendimentos inferiores ao custo mínimo da reprodução da força de trabalho. A esta classe pertencem:

- a) os agentes que possuem simples artefatos ou instrumentos rudimentares para desempenhar seu trabalho. Este setor caracteriza-se por operar com uma produtividade marcadamente inferior à dos padrões vigentes, devendo vender sua escassa produção a preços que não alcançam, em geral, a retribuir o trabalho invertido nem recuperar parte do valor - capital transferido às mercadorias. Este grupo não forma parte da pequena burguesia tradicional, pois carece da solvência necessária para manter sua atividade econômica em uma escala de reprodução simples,
- b) os agentes sociais que não possuem meios de produção e que se inserem em ocupações não assalariadas, predominantemente instáveis, que não exigem qualificação alguma. Este grupo encontra-se integrado por vendedores ambulantes, trabalhadores em serviços domésticos, engraxates, e outros,
- c) os agentes sociais que não possuem meios de produção e que, pela natureza do ofício que desempenham, transitam constantemente entre ocupações por conta própria e ocupações assalariadas não qualificadas, como os serventes da construção e empregados domésticos.

DEFINIÇÕES DE TERMOS UTILIZADOS NA PRESENTE CLASSIFICAÇÃO

1. Estabelecimento. Foi definido como a existência de área construída que se destina exclusivamente ao exercício da atividade, podendo ser na residência ou não. Por exemplo, um armazém ou uma oficina mecânica que ocupam uma dependência da residência são considerados como estabelecimentos. Por outro lado, docerias que utilizam a cozinha da residência ou costureiras que têm seus instrumentos de trabalho em dependências também utilizadas para outros fins, são classificados como sem estabelecimento. Além disso, os veículos automotores usados para o exercício profissional, como táxis e caminhões de transporte de mercadorias, também são considerados estabelecimentos.
2. Conhecimento de ofício. A diferenciação entre indivíduos com e sem conhecimento de ofício foi feita tendo como base o tipo de ocupação. São incluídas aquelas que exigem anos de experiência, cujo aprendizado requer muito tempo, ou então cursos técnicos de nível médio. Como exemplo de ocupações que exigem conhecimento de ofício podemos citar eletrotécnicos, marceneiros e azulejistas. Exemplos de ocupações sem conhecimento de ofício seriam peões da construção civil, trabalhadores na limpeza de vias públicas, ascensoristas, e outros.
3. Indivíduos com formação universitária. São aqueles que possuem curso universitário completo e exercem funções relacionadas com sua área de conhecimento. Por exemplo, um engenheiro civil,

que seja proprietário de um armazém ou cuja ocupação principal seja a de representação comercial, não será enquadrado nesta definição.