**UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
INSTITUTO DE PSICOLOGIA**

MILENA DE OLIVEIRA ROSSETTI

Inventário de comportamentos sexuais da criança:
normatização brasileira e novas evidências de validade

São Paulo
2016

MILENA DE OLIVEIRA ROSSETTI

Inventário de comportamentos sexuais da criança:
normatização brasileira e novas evidências de validade
(Versão original)

Projeto apresentado ao Instituto de Psicologia
da Universidade de São Paulo como parte dos
requisitos para obtenção do título de Doutor
em Psicologia.

Área de concentração:
Psicologia Clínica

Linha de Pesquisa:
Práticas Clínicas Psicológicas

Orientador:
Prof. Dr. Francisco Baptista Assumpção Junior

São Paulo
2016

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: normatização brasileira e novas evidências de validade / Milena de Oliveira Rossetti; orientador Francisco Baptista Assumpção Júnior. -- São Paulo, 2016.
141 f.

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

1. Comportamento psicosssexual 2. Desenvolvimento psicosssexual
3. *Child Sexuality Behavior Inventory - CSBI* I. Título.

HQ21

Nome: Milena de Oliveira Rossetti

Título: Inventário de comportamentos sexuais da criança: normatização brasileira e novas evidências de validade

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

Aprovado em:

Banca Examinadora

Prof. Dr. _____

Instituição: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____ Assinatura: _____

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.

Aos membros da banca examinadora pela disponibilidade para ajudar e compartilhar conhecimento por meio da avaliação cuidadosa e responsável deste material.

A todos do Laboratório de Distúrbios do Desenvolvimento (LADD) do Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo, em especial a Jemima Giron e Mônica Gonçalves de Melo Teixeira que auxiliaram na busca de escolas para a coleta dos dados do estudo de normatização.

E aos integrantes das instituições que apoiaram a pesquisa permitindo a coleta dos dados para os estudos de normatização e evidências de validade. Em especial à Nathalie Alves da APAE de Cotia e Anderli Ana da S. Pedroso da Escola Municipal Magda Pochini Cavinati pelo acesso a escola e a Secretaria de Educação do Município de Embu-Guaçu na Grande São Paulo.

RESUMO

Rossetti, M. O. (2016). Inventário de comportamentos sexuais da criança: normatização brasileira e novas evidências de validade. Tese de Doutorado, Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo.

INTRODUÇÃO: O presente estudo pretende normatizar e buscar novas evidências de validade da versão em Língua Portuguesa do Brasil do Child Sexuality Behavior Inventory - CSBI (Rossetti, 2012), tendo em vista a necessidade, por parte dos profissionais que atuam com crianças, de recursos para a apuração de comportamentos sexuais atípicos, de forma que a avaliação e intervenção nesta área do desenvolvimento sejam práticas baseadas em evidências. **OBJETIVO:** normatizar a versão em Língua Portuguesa do CSBI e realizar um estudo exploratório e inferencial a fim de verificar novas propriedades psicométricas do instrumento. **MÉTODO:** Participaram do processo de normatização e análise de confiabilidade 225 mães ou responsáveis por crianças de 3 a 11 anos de idade. Para o estudo de validade de critério do tipo concorrente, utilizou-se essa mesma amostra. Para a validade de construto do tipo discriminante, participaram 3 grupos de mães ou responsáveis por crianças de 2 a 12 anos de idade com Síndrome de Down ($n=24$), com Transtorno do Espectro Autista - TEA ($n=30$) e um controle ($n=30$). Após aprovação do comitê de ética, aplicou-se os instrumentos da pesquisa. A análise dos dados foi realizada de forma descritiva e inferencial por meio do software Statistical Package for the Social Sciences (SPSS). **RESULTADOS:** O Alpha de Cronbach de toda a escala= $0,79$, da parte 1= $0,74$ e o da parte 2= $0,64$. Com o método das duas metades (Spearman-Brown)= $0,63$ e com Guttman= $0,62$. A validade de critério do tipo concorrente revelou diferença entre 3 grupos etários, de 3 a 5 anos ($X^2= 55,33$; $gl= 22$), de 6 a 8 anos ($X^2= 58,96$; $gl= 16$) e de 9 a 11 anos ($X^2= 72,47$; $gl= 19$) com $p=0,000$. A validade de construto do tipo discriminante com o Qui Quadrado não revelou diferença estatisticamente significativa entre as pontuações. A validade de construto do tipo convergente/divergente revelou que existe correlação nos TEA entre total do CSBI e Comunicação da VABS ($r= -0,46$), total do CSBI e Socialização da VABS ($r= -0,43$), total do CSBI e total da VABS ($r= -0,47$) com $p<0,05$. **DISCUSSÃO:** A consistência interna foi igual a da versão original, da holandesa e brasileira. As crianças mais novas não apresentaram escores mais altos que crianças mais velhas como em outros estudos. A ausência de diferenças entre as pontuações dos TEAs e controle diverge da literatura. Sujeitos TEA mais adaptados obtêm menores escores no CSBI. **CONCLUSÃO:** O presente estudo atesta a confiabilidade da versão brasileira do CSBI, assim como identifica novas evidências de validade para o uso do instrumento no Brasil.

ABSTRACT

Rossetti, M. O. (2016). Inventory of sexual behaviors of children: Brazilian standardization and new evidence of validity. Doctoral thesis of Psychology Institute of the University of São Paulo, São Paulo.

INTRODUCTION: This study aims to standardize and seek new evidence of validity of the version in Portuguese of Brazil Language of the Child Sexuality Behavior Inventory - CSBI (Rossetti, 2012), in view of the need on the part of professionals working with children, resources for calculation of atypical sexual behavior, so that the assessment and intervention in this area of development are evidence-based practices. **OBJECTIVE:** Standardizing the version in Portuguese of CSBI and conduct an exploratory and inferential study in order to verify new psychometric properties of the instrument. **METHOD:** 225 mothers or guardians of children from 3 to 11 years old attended the process of standardization and reliability analysis. For the study of concurrent criterion validity type we used the same sample. The construct validity of the discriminant type study included three groups of mothers or guardians of children from 2 to 12 years old with Down Syndrome ($n=24$), Autistic Spectrum Disorder - ASD ($n=30$) and one control ($n=30$). After the approval by the ethics committee, the study applied the tools of research. The data analysis was descriptive and inferential through the software Statistical Package for Social Sciences (SPSS). **RESULTS:** The Cronbach's alpha statistic for all scale = 0.79, Part 1 = 0.74 and Part 2 = 0.64. The study used the method of the Split-Half (Spearman-Brown) and Guttman = 0.63 = 0.62. The criterion validity of the concurrent type showed difference between three age groups, 3-5 years ($X^2 = 55.33$, $df = 22$), 6-8 years ($X^2 = 58.96$, $df = 16$) and 9 to 11 years ($X^2 = 72.47$, $df = 19$) $p = 0.000$. The construct validity of the discriminant type with Chi Square revealed no statistically significant difference between the scores. The construct validity of the convergent / divergent revealed a correlation between the TEA total CSBI and Communication VABS ($r = -0.46$), total CSBI and Socialization of VABS ($r = -0.43$), total CSBI total and VABS ($r = -0.47$) with $p < 0.05$. **DISCUSSION:** The internal consistency was the same as the original Dutch and Brazilian versions. In other studies the younger children did not show higher scores than older children. The absence of differences between the scores of ASDs and control diverges from the literature. TEA subject more suited obtained lower scores in CSBI. **CONCLUSION:** This study attests to the reliability of the Brazilian version of CSBI, as well as identify new evidence of validity for the use of the instrument in Brazil.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	15
1.1. JUSTIFICATIVA	18
1.2. OBJETIVOS	19
1.2.1. Objetivo geral	19
1.2.2. Objetivo específico	19
1.2.3. Hipótese	20
2. REVISÃO DA LITERATURA	21
2.1. A PRÁTICA BASEADA EM EVIDÊNCIAS	21
2.2. O CONSTRUTO	
“COMPORTAMENTO SEXUAL DE CRIANÇAS”	23
2.3. O CONSTRUTO “CS” NO DESENVOLVIMENTO ATÍPICO	29
2.3.1. CS no Retardo Mental	29
2.3.2. CS no Autismo	35
2.4. O CONSTRUTO E O RELATO DOS PAIS	42
2.4.1. Evidências de validade do CSBI	44
2.4.2. Família e natureza do abuso como evidências de validade	46
3. CASUÍSTICA E MÉTODO	48
3.1. TIPO DE ESTUDO	48
3.2. CASUÍSTICA	48
3.2.1. Critério de Inclusão e exclusão da amostra	49
3.2.2. Tamanho da amostra	49
3.3. MÉTODOS	50
3.3.1. Procedimentos ¹	50
3.3.1.1. Contato com a editora	50
3.3.1.2. Considerações éticas	50
3.3.1.3. Coleta dos dados	50

¹ Os instrumentos mencionados nesta seção são apresentados na seção 3.3.2. *Instrumentos*.

	10
3.3.2. Instrumentos.....	52
3.3.2.1 Escala de Classe Social de Pelotas (Anexo B).....	52
3.3.2.2. Escala de Avaliação de Traços Autísticos - A.T.A. (Anexo E).....	52
3.3.2.3. Childhood Autism Rating Scale (CARS).....	53
3.3.2.4. Escala de Comportamento Adaptativo de Vineland - VABS (Anexo D).....	53
3.3.2.5. Inventário de Comportamentos Sexuais da Criança - CSBI	54
3.3.3. Análise estatística da validação empírica.....	55
4. RESULTADOS	56
4.1. Confiabilidade e Normatização.....	56
4.1.1. Validade de critério do tipo concorrente.....	67
4.2. Validade de construto do tipo discriminante.....	72
4.3. Validade de construto do tipo convergente/divergente.....	77
5. DISCUSSÃO	79
6. CONCLUSÃO	83
7. REFERÊNCIAS	85
8. APÊNDICES	98
8.1. APÊNDICE A – Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa.....	98
8.2. APÊNDICE B – Anuência das Instituições Participantes.....	103
8.3. APÊNDICE C – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	105
8.4. APÊNDICE D - Inventário de Comportamentos Sexuais da Criança (CSBI) – versão traduzida e adaptada para o português do Child Sexuality Behavior Inventory – CSBI.....	107
9. ANEXOS	110
9.1. ANEXO A – Autorização da editora PAR.....	110
9.2. ANEXO B – Avaliação de classe social – Pelotas (Lombardi et al., 1988)	111
9.3. ANEXO C - Composição das classes sociais da escala “Avaliação de Classe Social – Pelotas”	114
9.4. ANEXO D - Escalas de Comportamento Adaptativo de Vineland.....	117
9.5. ANEXO E - Escala de Avaliação de Traços Autísticos - A.T.A.	129
9.6. ANEXO F - A Childhood Autism Rating Scale – CARS	134

TABELAS

Tabela 1- Desenvolvimento da conduta sexual.....	24
Tabela 2 - Comportamento sexual no retardo mental.....	33
Tabela 3 – Pesquisas sobre CS no Autismo.....	36
Tabela 4 – Participantes da amostra de normatização por idade e gênero.....	56
Tabela 5 – Distribuição de classe social por idade dos participantes da amostra de normatização.....	57
Tabela 6 – Distribuição de pontos da escala por idade da amostra de normatização.....	58
Tabela 7 - Qui Quadrado das faixas etárias da amostra de normatização.....	68
Tabela 8 – Percentil dos pontos para indivíduos de 3 a 5 anos.....	68
Tabela 9 - Percentil dos pontos para indivíduos de 6 a 8 anos.....	69
Tabela 10 – Percentil dos pontos para indivíduos de 9 a 11 anos.....	69
Tabela 11 – Distribuição dos pontos por item e faixa etária.....	71
Tabela 12 - Distribuição dos participantes da validade de construto discriminante.....	73
Tabela 13 – Estatística descritiva da idade dos grupos da validade de construto discriminante.....	73
Tabela 14 – Estatística descritiva da pontuação total dos grupos da validade de construto discriminante.....	74
Tabela 15 - Percentil dos pontos para os grupos da validade de construto discriminante.....	76
Tabela 16 – Qui quadrado dos pontos para os grupos da validade de construto discriminante.....	77
Tabela 17 – Grau de associação entre o CSBI e a VABS.	78

GRÁFICOS

Gráfico 1 – Distribuição da pontuação total na amostra de normatização.....	58
Gráfico 2 – Distribuição da pontuação total de indivíduos de 3 anos da amostra de normatização	59
Gráfico 3 – Distribuição da pontuação total de indivíduos de 4 anos da amostra de normatização	60
Gráfico 4 – Distribuição da pontuação total de indivíduos de 5 anos da amostra de normatização	61
Gráfico 5 – Distribuição da pontuação total de indivíduos de 6 anos da amostra de normatização	62
Gráfico 6 – Distribuição da pontuação total de indivíduos de 7 anos da amostra de normatização	63
Gráfico 7 – Distribuição da pontuação total de indivíduos de 8 anos da amostra de normatização	64
Gráfico 8 – Distribuição da pontuação total de indivíduos de 9 anos da amostra de normatização	65
Gráfico 9 – Distribuição da pontuação total de indivíduos de 10 anos da amostra de normatização	66
Gráfico 10 – Distribuição da pontuação total de indivíduos de 11 anos da amostra de normatização	67
Gráfico 11 – Distribuição da pontuação total do grupo controle da validade de construto discriminante	74
Gráfico 12 – Distribuição da pontuação total do grupo SD da validade de construto discriminante	75
Gráfico 13 – Distribuição da pontuação total do grupo TEA da validade de construto discriminante	76

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

APAE	Associação de Pais e Amigos do Excepcional
ATA	Escala de Traços Autísticos
AAF	Autismo de alto funcionamento
BT	Versão <i>back-translation</i> (ou retrotradução) do instrumento de medida do Português para o Inglês
CARS	Childhood Autism Rating Scale
CSBI	Child Sexuality Behavior Inventory
CBCL	Child Behavior Checklist
DRSB	Developmentally Related Sexual Behavior
F70	Deficientes mentais leve
G1	Grupo clínico
G2	Grupo controle
IPUSP	Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo
LADD	Laboratório Distúrbios do Desenvolvimento
PSC	Departamento de Psicologia Clínica
RM	Retardo Mental
SASI	Sexual Abuse Specific Items
SA	Síndrome de Asperger
SD	Síndrome de Down
TEA	Transtorno do Espectro Autista
TRF	Teacher's Report Form
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
ToM	Teoria da Mente
VABS	Escala de Comportamento Adaptativo de Vineland
WHO	World Health Organization

1. INTRODUÇÃO

Devido à 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 subescalas. 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 subescala “Comportamento Sexual relacionada ao estágio do desenvolvimento” (*Developmentally Related Sexual Behavior - DRSB*) indica o nível de comportamentos sexuais apresentados que podem ser considerados normativos por idade e gênero. 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. Este grupo relatou a presença dos comportamentos pelo menos uma vez nos seis meses que antecederam a aplicação do instrumento.

E por último a subescala “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 naquelas 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 norte-americana, o que pode indicar a ocorrência prévia e/ou atual de abuso sexual.

No Brasil, a pesquisa de tradução e adaptação do CSBI para o português, com a avaliação de evidências de validade desta versão, encontrou evidências de validade de conteúdo, de critério e de construto do instrumento, que revelou nível de confiabilidade satisfatório (Rossetti, 2011; Rossetti & Assumpção-Júnior 2014). No entanto, considerando que o comportamento sexual – avaliado pelo CSBI – é um conjunto de ações e atitudes que refletem o conceito de gênero e o papel sexual que combinam com expectativas culturais, novas evidências de validade precisam ser avaliadas com grupos de crianças com transtornos do neurodesenvolvimento, no qual, é comum comportamentos atípicos ou não normativos em alguns marcos do desenvolvimento, assim como, prejuízo significativo na compreensão de regras e convenções sociais, podendo se distinguir na frequência de emissão destes comportamentos. Sendo assim, o presente estudo se propõe a normatizar para uso no Brasil a versão traduzida e adaptada culturalmente para a Língua Portuguesa do CSBI (Rossetti, 2011; Rossetti & Assumpção-Júnior 2014), assim como, investigar novas evidências de validade do tipo discriminante junto à essa população.

1.1. JUSTIFICATIVA

A presente pesquisa fundamenta-se na necessidade dos profissionais que atuam na atenção à saúde da criança e do adolescente, de um instrumento de rastreio para a avaliação de comportamentos sexuais normativos, e recursos para a apuração de comportamentos sexuais atípicos, de forma que a avaliação e intervenção nesta área do desenvolvimento infantil sejam práticas baseadas em evidências (Huxley & Mash, 2007).

Os indicadores de abuso sexual identificados com o *Child Sexuality Behavior Inventory - CSBI*, possibilitam o início da avaliação e intervenção por parte dos agentes de saúde ou educação de casos suspeitos de abuso sexual com foco na redução de fatores de risco e possíveis psicopatologias decorrentes deste tipo de violência, como descreve uma expoente importante da área e seus colaboradores (Habigzang & Koller, 2006); Habigzang et al., 2005; Habigzang & Caminha, 2004). Portanto, trata-se de um componente a mais da avaliação, utilizado por pediatras, psiquiatras, neurologistas, psicólogos, assistente sociais ou professores, bastando para isso conhecimento acerca do desenvolvimento normal (aspectos neurológicos, físicos, psicológicos e sociais) e nas variáveis que influenciam a expressão de comportamentos sexuais em crianças.

1.2. OBJETIVOS

1.2.1. Objetivo geral

O objetivo geral do estudo é normatizar a versão traduzida e adaptada para a Língua Portuguesa do Brasil do *Child Sexuality Behavior Inventory – CSBI* (Rossetti, 2012).

1.2.2. Objetivo específico

Realizar um estudo exploratório e inferencial a fim de verificar novas propriedades psicométricas do instrumento (Anastasi & Urbina, 2000), avaliando:

1. A confiabilidade do instrumento, por meio do índice de consistência interna.
2. 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.
3. Avaliar a validade de construto do tipo discriminante, para verificar se o instrumento de medida adaptado diferencia, por meio de sua pontuação, indivíduos com desenvolvimento atípico, com Transtorno do Espectro Austista, ou com Retardo mental.
4. Avaliar a validade de construto do tipo convergente/divergente, para verificar se o instrumento de medida adaptado se diferencia de uma escala do desenvolvimento, no caso, a Escala de Comportamento Adaptativo de Vineland.

1.3. HIPÓTESE

Hipótese experimental:

A versão brasileira do CSBI diferencia – por meio de suas pontuações – grupos de criança com atrasos do desenvolvimento (comprovando a validade discriminante desta versão). Também espera-se diferenças significativas das pontuações por faixa etária (comprovando a validade concorrente), e as pontuações do instrumento se correlacionam significativamente com as pontuações da escala de comportamento adaptativo de Vineland (comprovando a validade de critério desta versão).

Hipótese nula:

A versão brasileira do CSBI não diferencia – por meio de suas pontuações – grupos de criança com atrasos do desenvolvimento (não comprovando a validade discriminante desta versão). Também não se espera diferença significativa das pontuações por faixa etária (não comprovando a validade concorrente), e as pontuações do instrumento não se correlacionam significativamente com as pontuações da escala de comportamento adaptativo de Vineland (não comprovando a validade de critério desta versão).

2. REVISÃO DA LITERATURA

2.1. A PRÁTICA BASEADA EM EVIDÊNCIAS

O movimento da prática baseada em evidências (Huxley & Mash, 2007) vem sendo discutido por várias áreas de assistência à Saúde, inclusive a da Psicologia, em diversos países, entre eles o Brasil, desde o final do século XX. O eixo central do movimento é o exercício de uma prática clínica responsável. Para seu alcance, os profissionais da Saúde devem levar em conta em sua atuação prática, os resultados (as evidências) de pesquisas e, na ausência desses, considerar os dados obtidos de forma sistemática em estudos científicos, sem ignorar a competência clínica do profissional.

Os resultados de pesquisas são um dos pilares da prática baseada em evidências (APA, 2006). Para a implementação desta abordagem, o clínico/pesquisador necessita obter, interpretar e integrar as evidências oriundas de pesquisas para auxiliá-lo na tomada de decisão em relação à avaliação e intervenção das dificuldades enfrentadas pelo paciente e seus familiares.

Nesse sentido, evidencia-se a importância no serviço de saúde, de instrumentos de avaliação comportamental infantil e do adolescente com eficácia demonstrada, ou seja, avaliação baseada em evidência (ABE em Português ou EBA, em Inglês, Huxley & Mash, 2007). O propósito é promover práticas efetivas, mediante a aplicação de princípios empiricamente fundamentados de avaliação, formulação de caso, relação profissional-cliente e intervenção. Instrumentos qualificados como ABE permitem que se avalie de forma eficaz a necessidade da atenção psicológica em indivíduos encaminhados para serviços de atenção à crianças e adolescentes, e também que se aquilatem os progressos obtidos pelos usuários dos serviços, após psicoterapia ou intervenção. Inclusiva há na literatura a definição de critérios para um instrumento ser assim considerado (Holmbeck et al., 2008).

Os instrumentos qualificados como ABE podem ser rotineiramente pré-selecionados e aplicados antes, durante e depois de todas as intervenções implementadas. A associação americana ASEBA (Achenbach System of Empirically Based Assessment) tem se voltado para pesquisas e estudos de validação de instrumentos de avaliação cuja eficácia já tenha sido empiricamente testada em outros países, como é o caso do próprio sistema ASEBA, criado pelo Dr. Achenbach's na década de 1960. A escolha do sistema se deu ainda pelo uso generalizado desse instrumento, no Brasil e no exterior, o que facilita a comunicação entre

pesquisadores e, em decorrência, favorece a construção de conhecimento em psicologia clínica e da saúde.

O Child Behavior Checklist - CBCL (Achenbach & Rescorla, 2001), dentre outros do Sistema Achenbach de Avaliação, é um dos instrumentos com qualificação ABE (Holmbeck et al., 2008), utilizado em diversos serviços de saúde ao redor do mundo. O checklist faz parte de um sistema de avaliação com inventários para diferentes faixas etárias e contextos, cujas estruturas são similares. O CBCL foi concebido para avaliar comportamentos de crianças e adolescentes segundo o ponto de vista dos pais ou cuidadores, e está organizado em duas partes. As respostas à primeira parte do questionário dão origem à escala total de competências, que abrange três subescalas: de atividades, social e escolar. Já as respostas da segunda parte dizem respeito aos problemas de comportamento e fornecem um perfil de problemas em oito escalas: Ansiedade/Depressão, Retraimento/Depressão, Queixas Somáticas, Problemas de Sociabilidade, Problemas com o Pensamento, Problemas de Atenção, Violação de Regras e Comportamento Agressivo. As três primeiras escalas são reunidas na Escala de Internalização, as duas últimas na Escala de Externalização e todos os itens de problemas compõem a Escala Total de Problemas de Comportamento. Os escores brutos, derivados da soma da pontuação fornecida para cada um dos itens que compõem a escala, são transformados em escores T, que delimitam a faixa clínica, estabelecida para a amostra normativa americana (Achenbach, 1991; Achenbach & Rescorla, 2001). Estudos de validação foram desenvolvidos em diversas sociedades (Rescorla et al., 2007a; Rescorla et al., 2007b), inclusive no Brasil (Bordin, Mari & Caiero, 1995; Rocha et al, 2013).

Neste contexto, O *Child Sexuality Behavior Inventory – CSBI*, objeto de estudo desta pesquisa, 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).

2.2. O CONSTRUTO “COMPORTAMENTO SEXUAL DE CRIANÇAS”

Assumpção-Junior & Pedroso (2012), lembrando os estágios do desenvolvimento cognitivo de Piaget explicam que em linhas gerais, a partir do nascimento, a criança recebe a todo instante uma série de estímulos dos mais variados e no primeiro ano de vida, sua tarefa é organizar esses estímulos, detectados por seu aparato sensorial, para que possa conquistar seu modo inicial de equilíbrio com o meio. Esse primeiro estágio, o sensório motor, caracteriza-se principalmente pela consecutiva diferenciação que a criança fará de si mesma em relação ao ambiente, o que permitirá a construção de seu autoconceito corporal. Essa organização mental será aprimorada, permitindo que o indivíduo atinja formas cada vez mais elaboradas de compreender o mundo. Neste percurso, a inteligência evolui para outros estágios em que se observará a reversibilidade do pensamento pré-operatório e a capacidade de abstração do pensamento e a formação de conceitos.

Ao descrever este percurso, Piaget enfatiza que o desenvolvimento da moralidade ocorre concomitantemente ao processo de construção da inteligência, à medida que o egocentrismo inicial cede espaço ao processo de socialização e de formação da noção de eu. Inicialmente, no período descrito como sensório-motor, há uma fase de anomia (pré-moral), na qual as regras e a moralidade ainda estão ausentes. No estágio posterior, o pré-operatório, surge o que Piaget nomeou de “a primeira moral da criança”, a heteronomia. Essa moralidade heterônoma é predominantemente orientada pela obediência cega e adota como critério do “bem” a vontade dos pais (Assumpção-Junior & Pedroso, 2012).

Assim, a heteronomia designa um tipo de moralidade que faz com que a criança seja governada pelo adulto. Entretanto, ao evoluir para um estágio mais autônomo, o indivíduo passa a ter próprios critérios e julgamentos para o que está certo ou errado, independentemente da possibilidade de receber, ou não, uma punição advinda de figuras de autoridade. No estágio operatório concreto a criança começa a se libertar de seu egocentrismo social e intelectual – o que refletirá no início de sua autonomia moral. A inteligência começa uma construção lógica, que permite a coordenação entre si dos pontos de vista, de diferentes indivíduos. Esse sistema de “coordenações sociais e individuais produz uma moral de cooperação e de autonomia pessoal” (Piaget, 1972).

Por fim, ao ingressar no estágio operatório formal, o adolescente inicia a construção de um sistema pessoal de teorias, sobretudo abstratas, quando surge também, uma “organização mais autônoma das regras, valores e afirmação da vontade, com a regularização e hierarquização moral das tendências” (Piaget, 1972). Dessa forma, o desenvolvimento da conduta sexual se organizaria da seguinte forma (ver tabela 1):

Tabela 1- Desenvolvimento da conduta sexual.

Conduta sexual	
Sensoriomotor	Indiferenciada, com a manipulação corporal, sendo vinculada ao prazer sensorial, com as atividades autoestimulatórias mais frequentes em estados de excitação ou ansiedade
Pré-operatório	<ul style="list-style-type: none"> - Masturbação solitária; - Curiosidade sexual com jogos de caráter exploratório; - Atitudes exibicionistas e voyeuristas; - Objetos de fetiche (ursinhos, coelhinhos) utilizados principalmente no momento de dormir, com caráter substitutivo.
Operações concretas	<ul style="list-style-type: none"> - Aparecimento de episódios masturbatórios individualizados ou mútuos; - Surgem jogos sexuais de caráter hetero ou homossexual; - Em situações culturais adequadas, pode-se observar episódios de experiências com animais.
Operações formais	- Relacionamento genital

Extraído de Assumpção-Junior & Pedroso (2012).

Entretanto, para Rutter (1971) o conceito de comportamento sexual (CS) 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, já na tenra infância 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 elas 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 mesmas 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 em grande parte determinado pela influência de interações e convenções sociais.

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 gêneros 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. Não obstante, o autor explica que a carência de dados sobre o comportamento sexual típico é decorrente do fato deste tema nunca ser 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 têm 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.

Bee & Boyd (2011) destacam o processo através do qual sexo biológico e gênero psicológicos são componentes integrais do senso de self de cada indivíduo. Adquirir um entendimento dos papéis sexuais envolve diversas tarefas relacionadas. No lado cognitivo, uma criança deve aprender a natureza da própria categoria sexo/gênero – que ser menino ou menina é permanente, inalterado por coisas como modificações no vestuário ou no comprimento do cabelo. Esse entendimento é denominado conceito de gênero. No lado social, a criança tem que aprender quais comportamentos combinam com ser um menino ou uma menina. Ou seja, uma criança deve aprender o papel sexual definido como apropriado para seu gênero na cultura a que está inserida. Desta forma, o comportamento sexual exibido por

uma criança combina com expectativas de papel de gênero culturalmente definidas para o sexo (biológico) da criança (Martin & Ruble, 2004).

Estudos mostram que ideias estereotipadas sobre papéis sexuais se desenvolvem cedo, mesmo em famílias que defendem a igualdade de gênero (Lippa, 2005). Aos 3 ou 4 anos, as crianças podem atribuir ocupações, brinquedos e atividades estereotípicas a cada gênero (Ruble, Martin e Berenbaum, 2006). Aos 5 anos, as crianças começam a associar certos traços de personalidade a homens ou mulheres, e tal entendimento é bem desenvolvido aos 8 ou 9 anos (Martin, 1993; Serbin, Powlishta e Gulko, 1993 citado por Bee & Boyd, 2011). Ainda durante o 5º ou 6º ano de vida, com o entendimento a permanência de gênero, as crianças buscam as regras que regem o comportamento de meninos e meninas (Bradbard, Martin, Endsley e col., 1986; Martin & Ruble, 2004).

Atualmente, os desenvolvimentalistas estão reexaminando estudos experimentais de décadas passadas com animais mostrando que exposição pré-natal à testosterona influencia poderosamente o comportamento após o nascimento. Fêmeas de animais expostas a testosterona comportam-se mais como machos, por exemplo, elas são mais agressivas do que fêmeas não expostas. Similarmente, quando bloqueiam a liberação de testosterona durante o desenvolvimento pré-natal de embriões de machos, eles exibem comportamento mais típico de fêmeas (Lippa, 2005; Zuloaga, Puts, Jordan e Breedlove, 2008).

Um estudo com crianças revelou que o aumento do nível de testosterona durante o desenvolvimento fetal desempenha importante função na diferenciação do comportamento sexual em humanos. A participação precoce da ativação gonadal pós-natal no desenvolvimento sexual é pouco conhecida, por isto, Lamminmäki, et al. (2012) mediram mensalmente o nível de testosterona na urina de 48 recém-nascidos a termo (22 meninos, 26 meninas) a partir do 7º dia de vida aos 6º mês de idade, relacionando com o comportamento sexual destes aos 14 meses de idade, inferido a partir da observação e preenchimento de um questionário sobre atividades pré-escolares (*Pre-School Activities Inventory* - PSAI) em sala de jogos e escolha de brinquedos. Nos meninos, a testosterona correlacionou-se significativamente com os escores do PSAI (ρ de Spearman=0,54, $p=0,04$). Além disso, brincar com um trem se correlacionou positivamente de forma significativa com o nível de testosterona em meninas (ρ de Spearman=0,43, $p=0,05$), enquanto brincar com uma boneca correlacionou-se negativamente de forma significativa com o nível de testosterona em meninos (ρ de Spearman = -0,48, $p=0,03$). Estes resultados apoiam o papel da testosterona durante a primeira infância na diferenciação de comportamentos sexuais em humanos.

Além disso, o estudo sobre alterações genéticas que causam desenvolvimento deformado dos órgãos genitais de fetos do sexo masculino revela que a alteração compromete a distribuição da testosterona para a formação das genitálias, e não a distribuição em outras estruturas, tendo como exemplo, muitos casos em que a criança exibe comportamentos tipicamente masculinos, apesar da influência ambiental feminina, já que muitos vivem de acordo com a formação de suas genitálias. E, mesmo quando esses indivíduos escolhem manter a identidade feminina com a qual foram criados, eles possuem muitos atributos e emitem uma série de comportamentos que são mais típicos de homens do que de mulheres (Reiner & Gearhart, 2004).

Para alguns cognitivistas, isto não é o bastante para explicar esse desenvolvimento. A partir da teoria social cognitiva de Albert Bandura, destaca-se a participação do reforço direto e da modelação na formação do comportamento sexual das crianças, bem como a disponibilidade de modelos estereotípicos nas várias mídias às quais as crianças são expostas. Essa abordagem foi muito mais apoiada por pesquisas que as ideias de Freud, que contou com o conceito de identificação, mas sua teoria fundamentava-se no fato de que elas começam a apresentar comportamento típico do sexo muito antes do 4 ou 5 anos (Bandura & Bussey, 2004).

A Teoria do esquema de gênero complementa o entendimento do desenvolvimento nesta área, apresentando um modelo que tem suas raízes nas teorias de processamento da informação do desenvolvimento cognitivo e na teoria de Kohlberg. Assim, como o autoconceito pode ser concebido como um “esquema do self” ou uma “teoria do self”, também o entendimento de gênero da criança pode ser visto da mesma forma. O esquema de gênero começa a se desenvolver aproximadamente aos 18 meses, quando a criança percebe as diferenças entre masculino e feminino, sabe seu próprio gênero e pode rotular os dois grupos com alguma consistência, estando o esquema de gênero totalmente desenvolvido aos 2 ou 3 anos. Aos 5 ou 6 anos, quando desenvolvem a constância de gênero, as crianças desenvolvem uma regra, ou esquema, mais elaborado sobre as pessoas que são iguais a ela, e tratam essa regra da mesma maneira que tratam as outras, de forma absoluta, uma vez que ajudam a dar sentido as suas experiências. Somente no começo da adolescência entendem que os conceitos de papel sexual são convenções sociais e não regras rígidas (Martin & Ruble, 2004).

E por fim, para Tolman e McClelland (2011), o desenvolvimento sexual normal ocorre a partir da interação entre a maturação sexual e o crescimento físico, que como fatos da vida,

são integrados no funcionamento diário, de modo que não prejudicam o bem-estar do indivíduo ou de outros. Estes autores distinguem três domínios no desenvolvimento sexual normal:

- *comportamento sexual* - o repertório comportamental relacionado com a sexualidade, individual ou com os outros;
- *individualidade sexual* - o desenvolvimento interno de pessoas, incluindo conhecimentos, atitudes, identidade e ideias sobre o self como um parceiro sexual em um relacionamento e;
- *socialização sexual* - em diferentes contextos (em casa e com os pais, colegas, escola, parceiros, Internet, entre outros), no qual as pessoas aprendem sobre relacionamentos e sexualidade e no qual a experimentam.

2.3. O CONSTRUTO “CS” NO DESENVOLVIMENTO ATÍPICO

O levantamento bibliográfico apresentado a seguir é composto em sua maior parte por estudos internacionais devido a pouca produção científica em território nacional sobre comportamento sexual nesta população. Os existentes foram produzidos à partir de pressupostos teóricos que divergem do construto previamente definido que não adota, por exemplo, uma perspectiva psicanalítica.

2.3.1. CS no Retardo Mental

O retardo mental, atualmente definido como deficiência intelectual² é considerado como “o funcionamento intelectual geral abaixo da média, que se origina durante o período de desenvolvimento e está associado a prejuízo no comportamento adaptativo” (Associação Americana de Deficiência Mental - AAMR, 2006). Observamos nela, além das perturbações orgânicas, dificuldades na realização de atividades esperadas socialmente, bem como as consequentes alterações no relacionamento com o mundo. Não corresponde, portanto, a uma patologia única, mas a um complexo de síndromes que têm como única característica comum a insuficiência intelectual. Assim, o indivíduo por ela afetado é incapaz de competir, em termos de igualdade, com os companheiros normais, dentro de seu grupamento social e, como qualquer outra deficiência, isso gera uma incapacidade e um handicap, com consequências pessoais, familiares e sociais (Assumpção & Tardivo, 2008).

Segundo o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais – DSM-5 (2013) é definido como um funcionamento mental significativamente inferior à média, acompanhado de limitações significativas no funcionamento adaptativo em pelo menos duas das seguintes áreas: comunicação, autocuidado, vida doméstica, habilidades sociais/interpessoais, uso de recursos comunitários, autosuficiência, habilidades acadêmicas, trabalhos, lazer, saúde, segurança; com início antes dos 18 anos de idade, que pode ser vista como uma via final de diferentes processos patológicos que afetam o funcionamento cognitivo.

² Apesar das associações especializadas no Brasil já haverem paulatinamente se homogeneizado na utilização do termo *deficiência intelectual*, a classificação médica vigente em território nacional até o presente momento (CID-10) utiliza o termo *retardo mental*, que seguimos respeitando neste material.

O desempenho intelectual abaixo da média vai ser considerado a partir de um QI padrão abaixo de 70, avaliado a partir de provas padronizadas, levando-se em consideração a diversidade cultural e linguística, bem como outros fatores de comportamento definidos pelo ambiente onde se encontra o indivíduo. Os testes do QI são mais válidos e confiáveis em crianças maiores de 5 anos, e como nem sempre estão disponíveis, há uma tendência natural de se considerar atraso do desenvolvimento como retardo mental, a partir da avaliação clínica, inclusive com uso de escalas que avaliam o comportamento adaptativo (AAMR, 2006), mas é preciso ter em mente que nem toda criança pequena com retardo na aquisição dos marcos do desenvolvimento apresentará o quadro quando testada formalmente em uma idade posterior (Vasconcelos, 2004).

A taxa de prevalência tradicionalmente citada é de 1% da população jovem, porém alguns autores mencionam taxas de 2 a 3%. Há um consenso geral de que é mais comum no sexo masculino, um achado atribuído às numerosas mutações dos genes encontrados no cromossomo X. A razão entre os sexos masculino e feminino é de 1,3 a 1,9 para 1. As crianças acometidas muitas vezes apresentam atraso na fala/linguagem, alteração do comportamento ou baixo rendimento escolar. A etiologia permanece desconhecida em 30 a 50% dos casos. Pode-se classificá-lo quanto à época do evento causal em pré-natal, perinatal ou pós-neonatal. Segundo a OMS (1985), esta etiologia variável pode ser subdividida em:

1. Fatores pré-natais

- 1.a. genéticos como anomalias no número de cromossomas somáticos ou sexuais;
- 1.b. fatores ambientais como infecções (ex: toxoplasmose e rubéola), fatores nutricionais, físicos, imunológicos (incompatibilidade de grupo sanguíneo), intoxicações (ex: anticonvulsivantes), transtornos endócrinos (ex: diabete materno) e hipóxia intra-uterina.

2. Fatores perinatais

- 2.a. Anoxia
- 2.b. Traumatismo obstétrico
- 2.c. Prematuridade

3. Fatores pós natais

- 3.a. Infecções (ex: meningites bacterianas)
- 3.b. Traumatismos cranioencefálicos
- 3.c. Fatores químicos
- 3.d. Fatores nutricionais

Segundo a AAMR (2006), o diagnóstico deve ser formulado em três passos, sendo a dimensão 1 referente ao funcionamento intelectual e aos padrões adaptativos, avaliados a partir de instrumentos padronizados que permitam verificar esse funcionamento abaixo de 70/75, com incapacidades em diferentes áreas adaptativas, ocorrendo em idade inferior a 18 anos. A dimensão 2 verifica e identifica aspectos psicológicos e emocionais, bem como etiologia e déficits físicos associados com o ambiente onde esse indivíduo situa-se. Finalmente, a dimensão 3 estabelece os suportes necessários para que esse indivíduo possa ter minorada sua incapacidade e maximizado seu desempenho adaptativo.

Quanto à classificação, esta corresponde a um “continuum” que se estende do próximo ao normal ao francamente anormal, de acordo com o potencial adaptativo do indivíduo em questão, potencial este representado pela sua capacidade intelectual (Assumpção & Tardivo, 2008). Sendo assim, um quociente de inteligência (QI) entre 50 e 70, caracteriza retardo mental em nível leve - CID-10=F70 (WHO, 1993), com padrão de pensamento que permanece no nível das operações concretas dentro do modelo piagetiano, mas passíveis de treinamento e de adequação social. São o grupo mais amplo, com cerca de 2 a 3% das crianças em idade escolar. Sua adaptação social é muito influenciada por fatores econômicos, históricos e sociais, também dependendo dos processos de treinamento e de adequação (AMR, 2006; Assumpção & Tardivo, 2008). O retardo mental pode ser observada em indivíduos portadores da Síndrome de Down, sendo o quadro com maior número de casos referentes a comprometimento intelectual (1981, citados por Leme & Cruz, 2008).

Assim, a Síndrome de Down (SD), cromossomopatia caracterizada como síndrome em 1866 pelo médico John Langdon Down, consiste em uma trissomia do cromossomo 21, ou seja, há um excesso de genes localizados no cromossomo 21, geralmente localizados no braço longo do mesmo. Aproximadamente 95% dos indivíduos afetados, possuem a trissomia “livre”, cerca de 3 a 4% apresentam uma translocação do tipo robertsoniana; o restante, 1 a 2%, constitui o denominado mosaicismismo (National Center for Biotechnology Information, 2007; Carakushansky, 2001; Lefèvre, 1981, citados por Leme & Cruz, 2008). Sabe-se que a idade materna avançada é o único fator ambiental relacionado ao aumento do risco da ocorrência de uma gravidez com desenvolvimento do feto com SD, sendo a possibilidade de ocorrência da SD aos 20 anos de 0,07%, passando para 1% aos 40 anos e chega a quase 3% após os 45 anos (Leme & Cruz, 2008). Quanto à prevalência do nível de comprometimento

das capacidades intelectuais neste grupo, existe uma maior concentração de casos com $QI < 70$ (Milani, 2005).

Desse modo, ao pensarmos o comportamento sexual no retardo mental, será preciso considerá-lo como um problema de caráter iminentemente adaptativo, já que o indivíduo depende do processador cognitivo para realizar uma tarefa complexa e difícil (como a seleção do parceiro e a elaboração de uma estratégia visando sua satisfação sexual), com uma finalidade social (uma vez que a sexualidade é uma conduta complexa, profundamente regulada por estruturas sociais), sem modelos (não sendo aprendidas simplesmente por observação e reelaboração de informações), de maneira econômica (o objetivo deve ser atingido sem dispendir um alto nível de energia) e, finalmente, de maneira que possa se resistir às forças afetivas, pois, enquanto as estratégias adequadas não são encontradas, o impulso deve ser controlado (cognitivamente) para que situações fora de controle não ocorram (Assumpção-Junior, 2008b).

Sendo assim, a dificuldade cognitiva no retardo mental impede estes indivíduos de perceber e reagir aos estímulos externos e internos de forma adequada e adaptada ao ambiente que o rodeia. Entretanto, embora seu sistema valorativo esteja prejudicado, apresentando, na maior parte das vezes, uma moral heterônoma, em que os modelos parentais são seguidos, grande parte de suas alterações de conduta podem ser controladas a partir dos processos educacional e de habilitação que procuram adaptá-lo e integrá-lo em seu meio (Assumpção-Junior, 2008b).

Dessa forma, nesta população, em consequência do déficit cognitivo, encontramos maior dificuldade na expressão do comportamento sexual, apresentando variações de acordo com o grau de comprometimento cognitivo observado. Destaca-se neste sentido, entre as dificuldades adaptativas do retardo mental severo, inadequação do desempenho de condutas usuais do desenvolvimento sexual como masturbação frequente, que representa uma exploração corporal puramente sensorial (Assumpção-Junior, 1992). No que se refere aos distúrbios de conduta, Assumpção & Sprovieri (1993) em trabalho realizado no Centro de Habilitação da APAE-SP, verificaram que são pouco importantes, sendo na maioria das vezes, decorrentes de dificuldades ambientais muito mais do que de problemas inerentes à deficiência.

No retardo mental de grau leve, verifica-se uma conduta passível de masturbação mútua, com sinais de irritabilidade decorrente da frustração de seus desejos. Sua expressão, considerando-se seus papéis sexuais, é direta no homem e indireta na mulher, com maior

frequência de condutas passivas e ocorrência de condutas inadaptadas socialmente, com consequências e sofrimento. Dificuldades na criação da prole são bastante observadas, embora também, sejam descritas relações interpessoais específicas, com caráter hetero e homossexual, embora com dificuldades na sua durabilidade (Assumpção-Junior, 2008b).

Desse modo, o comportamento sexual no retardo mental se organizaria da seguinte forma (ver tabela 2):

Tabela 2 - Comportamento sexual no retardo mental

Grau	Conduta sexual	Relações interpessoais	Convivência específica e duradoura
Grave	Indiferenciada (simples gratificação sensorial, como mexer-se etc.)	Ausentes	Impossível
Moderado	Masturbação solitária, orgasmo (?). Frustrações: irritabilidade. Relações hetero e homossexuais	Não específicas	Pouco provável
Leve	Masturbação mútua, orgasmo ocasional. Frustrações: irritabilidade. Expressão sexual direta no homem e indireta na mulher. Passividade, prostituição, perversões. Incapacidade para criar filhos. Divórcio e fracasso no casamento.	Possíveis	Possíveis relações hetero e homossexuais. Matrimônio? Sentimentos maternos pouco desenvolvidos.

Extraído de Assumpção-Junior, 2008b.

Com relação à sexualidade e relacionamentos amorosos, estudos mostram que a percepção de relacionamento amoroso de alguns indivíduos com retardo mental são extremamente positivas e idealizadas (Arias et al., 2006; Knox & Hickson, 2001). No entanto, boas relações íntimas entre pessoas com retardo mental afetam seu bem estar. Há também estudos que relatam correlação positiva e significativa entre as pontuações de bem estar,

satisfação amorosa, satisfação sexual e qualidade de vida, nos instrumentos psicométricos utilizados (Chiappo, 2002; Yela, 2002).

No entanto, é preciso cautela, visto que, devido ao comprometimento na capacidade de compreensão de aspectos sociais, alguns apresentam comportamentos sexuais impróprios com cuidadores e outros indivíduos, mantendo encontros escondidos, e isto os expõe, a situações de abuso sexual (Swango-Wilson, 2008). Esta população é vítima de abuso sexual em uma proporção mais alta do que de seus pares com desenvolvimento típico (Foster & Sandel, 2010; Stewart, 2012).

Um estudo com pais e responsáveis por adolescentes com SD entre 10 e 19 anos que frequentavam instituições de ensino para indivíduos com retardo mental em São José do Rio Preto - SP (Leme & Cruz, 2008), revelou que todos consideravam importante fornecer educação sexual, mas nem todos concordavam com o auxílio das escolas (2/3 assumiram que precisavam de ajuda para esta tarefa). A maioria considerava a sexualidade existente em pessoas com SD; mas 50% ignoravam ter visto expressões sexuais. Grande parte considerava a sexualidade dos filhos com SD semelhante a outros adolescentes com e sem deficiência, e 1/4 dos pais permitiria o namoro, caindo pela metade a aceitação do casamento, e se torna zero a aceitação para a procriação. Metade permitiria namoro e casamento com supervisão e 1/3, a procriação vigiada. Sem opinião ou que proíbem representaram 1/4 para namoro, 1/3 para casamento e mais de 2/3 para procriação. Quanto maior a renda e a escolaridade do responsável, maior a permissão para namoro e casamento. Os autores concluem que maior estímulo na discussão do tema entre pais e instituições contribuirá para melhorar a orientação destes adolescentes.

De um modo geral, o conhecimento sexual nestes indivíduos é limitado. Em estudos de evidências de validade de escalas para a avaliação de conhecimento sexual nesta população, observam-se escores que refletem a falta de conhecimento acerca do que seja puberdade, menstruação, menopausa, práticas seguras de sexo, saúde sexual, doenças sexualmente transmissíveis e contracepção. Observa-se diferença por gênero, com maiores pontuações para mulheres no que se refere ao conhecimento da menstruação, e esse dado se explica pelo fato de ser este grupo atingido por este evento (Galea, Butler, Iacono, 2004; McCabe, 1999, McCabe e Schreck, 1994).

Por fim, a literatura internacional concentrou-se nos últimos anos no estudo acerca de iniciativas de construção de programas que visam à educação sexual desta população (Eastgate et al., 2012; Healy et al., 2009; Galea et al., 2004; McCabe, 1999; McCabe e

Schreck, 1994). Os estudos se justificam pela necessidade de desenvolver habilidades relativas ao desenvolvimento sexual na rotina natural destes indivíduos, melhorando sua capacidade de generalizar tais habilidades em diferentes contextos, situações e pessoas.

Como exemplo, poderia se ensinar que não se deve insistir em manifestações típicas de uma paquera quando o interlocutor demonstra ou diz não ter interesse. Até o que se pode demonstrar ou dizer deve ser previamente demonstrado por meio de modelos, semelhante a um treino de habilidades sociais. Ações de prevenção devem capacitar familiares e profissionais para identificar fatores de risco potenciais presentes em cada caso, fornecendo educação sexual para estes indivíduos.

2.3.2. CS no Autismo

O Transtorno do Espectro Autista (TEA) caracteriza-se por uma síndrome com etiologias diferentes, que compromete estruturalmente o processo de desenvolvimento infantil (Gillberg, Ehlers, Schaumann, Jakobsson, Dahgren, Lindblom, Bagenholm, Tjuus & Blinder, 1990; Rutter, 1996).

Diante das dificuldades encontradas para a definição de critérios diagnósticos que pudessem ser utilizados de forma mais estruturada, Wing (1981) propôs um ‘*continuum*’ autista, considerando os trabalhos de Kanner (1943) e Asperger (1968) e levando em consideração as características comuns que constituem uma tríade de déficits simultâneos nos âmbitos social, comunicacional e simbólico, com consequentes comportamentos repetitivos e estereotipados, que se manifestam em quadros clínicos, dos mais graves aos mais tênues. Baron-Cohen (2004) afirma que a utilização do termo “Espectro do Autismo” trouxe uma ampliação para a compreensão do autismo, englobando os quadros de autismo clássico, autismo de alto funcionamento e a síndrome de Asperger, fazendo com que a incidência passe a ser de aproximadamente 1: 200 crianças. A Síndrome de Asperger (SA) era utilizada como sinônimo, ou em substituição, para indivíduos com autismo que apresentavam quociente de inteligência (QI) normais ou superiores (Klin, 2006). Frith (2004) indicou a possibilidade de a SA ser uma variação do Autismo Atípico, diagnosticada em pacientes que desenvolveram a linguagem verbal ou que eram cognitivamente superiores, não se tratando de um transtorno distinto.

Alguns autores indicam que anormalidades sensoriais, incluindo hiposensibilidade ou hipersensibilidade, e interesses incomuns por determinadas sensações corporais, também podem ser descritas como sintomas. A falta de jogo imaginativo seria indicativa de uma dificuldade subjacente na geração de ideias sobre as outras pessoas e outras situações. Todas estas características podem apresentar graus variados de gravidade, chegando à incidência de 1 a 5 casos em cada 10.000 crianças, numa proporção de 2 a 3 homens para cada mulher (Volkmar, Klin, Marans & McDougle, 1996; Assumpção, 1997; APA, 2002).

A comunicação também é muito comprometida no desenvolvimento dessas crianças causando um desenvolvimento atípico da linguagem, comunicação não verbal precoce limitada ou inexistente, sérios problemas na compreensão e utilização da mímica, gestualidade e fala, podendo haver mutismo, ecolalia, inversão pronominal, uso incoerente de linguagem verbal, alterações de ritmo e entonação e prejuízos pragmáticos (Tager-Flusberg, 1981; Dahlgren & Gilberg, 1989; Volden & Lord, 1991).

Considerando o conjunto de apontamentos e resultados de pesquisas com crianças com TEA, recentemente a nova versão do *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM), o DSM-5, adotou/incorporou a denominação “Transtornos do Espectro Autista” como a categoria diagnóstica oficial. Outra novidade nessa nova versão do DSM foi que o TEA, antes classificado no grupo dos Transtornos que tem início na Infância ou Adolescência, agora pertence ao grupo dos “Transtornos do Neurodesenvolvimento” (APA, 2013).

Entretanto, devido à ausência de um marcador biológico do TEA pesquisadores buscam identificar uma característica universal, um padrão psicológico específico, que possa unificar a constelação de comportamentos clinicamente observados nesses pacientes. Deficiências na Teoria da Mente -ToM (Baron-Cohen, Leslie & Frith, 1985; Baron-Cohen, Jolliffe, Mortimore & Robertson, 1997), Fraqueza da Coerência Central (Happé, 1996; Happé & Frith, 2006), Disfunção Executiva (Ozonoff, Pennington & Rogers, 1991) são possíveis marcadores comportamentais do autismo (Frith, Morton & Leslie, 1991; Rajendran & Mitchell, 2007; Best, Moffat, Power, Owens & Johnstone, 2008).

As pesquisas na área também exploram comportamentos relacionados à sexualidade, como mostra a tabela 3:

Tabela 3 – Pesquisas sobre CS no Autismo

Autor (es)	Ano	Achados
Hellemans et al.	2007	Masturbação compulsiva em indivíduos com TEA
Coskun et al.	2009	
Griffin –Shelley	2010	
Singh & Coffey	2012	
Coskun et al.	2009	Masturbação em local público
Tissot	2009	
Dozier et al.	2011	
Hellemans et al.	2007	
Haracopos & Pedersen	1992	
Van Bourgon diën et al.	1997	excitação na presença de objetos ou características específicas (ex.: cabelo, pés)
Hellemans et al.	2007	uso de objetos duros para masturbação
Hellemans et al.	2007	
	2010	
Haracopos & Pedersen	1992	
Cooper et al.	1993	Fetichismo
Ray et al.	2004	
Coskun & Mukaddes	2008	
Dozier et al.	2011	
Early et al.	2012	
Realmuto & Rublo	1999	Interesse em crianças pequenas
Chan & Saluja	2011	
Byers et al.	2012	comportamentos sexuais com os outros
Haracopos & Pedersen	1992	
Hellemans et al.	2007	Desejo de estar em um relacionamento
Hellemans e cols.	2007	Relações sexuais com penetração (vaginal ou anal)
	2010	

em AAF		
Baron-Cohen	1988	
Cooper et al.	1993	
Kohn et al.	1998	
Milton et al.	2002	Comportamentos
Murrie et al.	2002	sexualmente inapropriados
Silva et al.	2002	(ex.: estupro)
Ray et al.	2004	
Griffin-Shelley	2010	
Chan & Saluja	2011	
Haracopos & Pedersen	1992	
Hellemans et al.	2007	Interesse homossexual ou
Byers et al.	2012	bissexual
Gilmour et al.	2012	
Graaf et al.	2012	
Hénault e Attwood	2006	Fantasias homossexuais
Ousley & Mesibov	1991	
Hatton e Tector	2010	Conhecimento sexual
Ruble & Dalrymple	1993	
Hellemans et al.	2007	

Neste sentido, no que se refere ao comportamento sexual (CS) expresso de forma solitária (Tolman e McClelland, 2011), Hellemans et al. (2007) observou masturbação compulsiva em 17% dos meninos com TEA em sua amostra, e esse comportamento também foi descrito em vários estudos de caso (Coskun et al., 2009; Griffin –Shelley, 2010; Singh & Coffey, 2012). Não fica claro como a compulsividade foi definida, embora na maioria dos relatos de casos, foi o caráter público da masturbação que levou a tal definição. A masturbação em local público, em geral, foi observada em vários estudos (Coskun et al., 2009; Tissot, 2009; Dozier et al., 2011), embora fosse relatado com menor frequência em TEAs de alto funcionamento (Hellemans et al., 2007; Haracopos & Pedersen, 1992). Interesses e comportamentos sexuais específicos foram pouco frequentes como: a) excitação na presença de certos objetos ou características específicas de pessoas, como o cabelo ou pés (Van Bourgondiën et al., 1997; Hellemans et al., 2007); b) uso de alguns objetos (por

exemplo, um cinto, objetos duros) para masturbação (Hellemans et al., 2007; 2010; Haracopos & Pedersen, 1992); c) interesses desviantes, por exemplo, em crianças pré-púberes (Realmuto & Ruble, 1999; Hellemans et al., 2007). Comportamentos ou interesses sexuais desviantes ou incomuns também foram descritos em vários estudos de caso, como Fetichismo (Cooper et al., 1993; Ray et al., 2004; Coskun & Mukaddes, 2008; Dozier et al., 2011, Early et al., 2012) e interesse em crianças pequenas (Realmuto & Rublo, 1999; Chan & Saluja, 2011).

Apesar das dificuldades sociais dos TEAs, encontrou-se em muitos dos estudos de adolescentes e adultos, um claro interesse em relações românticas e/ou sexuais. Cerca de metade das pessoas com autismo de alto funcionamento (AAF) demonstrou comportamentos sexuais para com os outros (Byers et al., 2012; Haracopos & Pedersen, 1992), ou relatou sua necessidade de estar em um relacionamento (Hellemans et al., 2007). Além disso, cerca de metade do grupo de adolescentes no estudo de Hellemans et al. (2007) tinha ou teve um relacionamento romântico ou apenas físico. No grupo de adultos com Síndrome de Asperger estudado por Henault e Attwood (2006), 43% dos 28 participantes estavam em um relacionamento, e no estudo sobre bem-estar sexual de Byers et al. (2012), com 141 pessoas com TEA, todas estavam ou estiveram em um relacionamento romântico.

Hellemans e cols (2007/2010) estudaram os comportamentos sexuais de adolescentes (idades de 15 a 21 anos) TEAs, com e sem retardo mental (RM). No grupo de AAF, 13% dos 24 tinham tido relações sexuais (vaginal ou anal) e outros 13% tinham tentado. No grupo com TEA e RM, dois dos 20 participantes tiveram uma experiência de masturbação mútua. No entanto, dos 21 adultos com AAF no estudo de Ousley e Mesibov (1991), apenas um dos 10 indivíduos do sexo feminino e nenhum dos participantes do sexo masculino relataram "ter ido mais longe do que abraçar e beijar".

Stokes et al. (2007) verificaram relatos de pais e encontraram uma relação clara entre o funcionamento social e romântico. Em adolescentes, os temas de seus interesses românticos são mais diversificados comparados com os controles com desenvolvimento típico e com mais frequência inatingíveis, com paixões irrealistas relatadas (por exemplo, com celebridades). Comportamentos sexualmente inapropriados entre as pessoas com TEA de todos os níveis de funcionamento foram relatados em um grande número de estudos de caso (Baron-Cohen, 1988; Cooper et al., 1993; Kohn et al., 1998; Milton et al., 2002; Murrie et al., 2002; Silva et al., 2002; Ray et al., 2004; Griffin-Shelley, 2010; Chan & Saluja, 2011). Estes variaram de comportamentos solitários (por exemplo, de masturbação pública), a

comportamentos românticos inadequados (cortejos indesejados, por exemplo) a crimes sexuais (tal como assalto e estupro). Alguns autores desenvolveram discussões sobre o que eles têm chamado de "falso desvio" (Hellemans et al., 2007; Nichols & Blakeley-Smith, 2009; Gougeon, 2010): comportamentos desviantes resultantes de uma falta de conhecimento e apoio. Stokes et al. (2007) verificaram que adolescentes e adultos em seu grupo de TEAs demonstraram mais comportamentos inapropriados em namoro (comoção exarcebada e ameaças) e menos estratégias apropriadas (como convidar alguém para sair) em comparação com os controles. Diferentes mecanismos subjacentes a estes comportamentos ofensivos têm sido sugeridos como falta de habilidades sociais, menor nível de empatia, compreensão social limitada, menor controle inibitório, além de preocupações e preferências sensoriais, capacidade reduzida de reconhecimento de emoções, comportamentos persistentes, repetitivos e estereotipados (Hellemans et al., 2007; Stokes et al., 2007; Nichols & Blakeley-Smith 2009; Haracopos & Pedersen, 1992). As crianças que experimentaram vitimização física e sexual também foram mais propensas a demonstrar comportamentos de abuso sexual em relação a outros (Mandell et al., 2005).

Outros estudos sobre o comportamento sexual e o interesse na sexualidade foram conduzidos entre pessoas com TEA (Van Son-Schoones & Van Bilsen, 1995; Hellemans et al., 2007; Byers et al., 2012; Gilmour et al., 2012). Konstantareas e Lunskey (1997) encontraram em 15 indivíduos com TEA com comprometimento cognitivo, um interesse em casar e ter filhos, além da sexualidade. Henault e Attwood (2006) descobriram que os seus participantes adultos relataram que só se interessaram pela sexualidade a partir dos 14 anos, em média. A idade média da primeira experiência sexual foi aos 21 anos. Em geral, o interesse e o desejo sexual foi maior nos homens em comparação com as mulheres (Ousley & Mesibov, 1991; Henault e Attwood, 2006).

Em diferentes estudos, uma taxa mais elevada do que o esperado de interesse homossexual ou bissexual foi encontrada, variando de 12 a 35% (Hellemans et al., 2007; Byers et al., 2012; Haracopos & Pedersen, 1992). Em uma pesquisa recente na Holanda, 31% dos meninos e 24% das meninas com idade entre 12 e 25 anos, relataram atração por um parceiro do mesmo sexo (Graaf et al., 2012). Gilmour et al. (2012) encontraram maior pontuações em uma medida dimensional da homossexualidade em mulheres em seu grupo com TEA comparado com o seu grupo controle. E muitos participantes do estudo de Hénault e Attwood (2006) relataram fantasias homossexuais.

A comparação de pessoas com e sem TEA, também quando combinado em níveis de inteligência, revelou resultados contraditórios, com níveis médios de conhecimento em grupos de AAF (Ousley & Mesibov, 1991; Hatton e Tector, 2010)

Vale a pena ressaltar que o conhecimento sexual foi operacionalizado de maneiras diferentes que variaram do conhecimento de vocabulário básico, a opinião dos pais e cuidadores e conhecimento sobre a fisiologia e o comportamento sexual. Isto pode, em parte, explicar as diferenças encontradas. No que se refere à estudos de caso, os cuidadores relataram ansiedade e angústia em reação às características sexuais secundárias decorrentes de mudanças corporais da puberdade (Ruble & Dalrymple, 1993; Hellemans et al., 2007).

2.4.O CONSTRUTO E O RELATO DOS PAIS

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, 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 creches, 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 quando comparadas a um grupo de pré-adolescentes de uma clínica pediátrica e outro de um ambulatório psiquiátrico.

2.4.1. 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.

Com relação à confiabilidade do instrumento, a análise da escala total do CSBI na amostra normativa (Friedrich, 1997) revelou bom nível de consistência interna ($\alpha=0.72$). Na normatização holandesa do CSBI verificou-se um alfa de *Cronbach* de 0,86 (Schoentjes, Deboutte & Friedrich, 1999). Da mesma forma que na normatização

americana, a idade se correlacionou significativamente com o escore total do CSBI [$F(99,9)=0,108$, $p<0,001$]. Esse resultado confirmou 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).

No Brasil, a pesquisa de tradução e adaptação transcultural do CSBI e a investigação de evidências de validade desse instrumento para a realidade brasileira, utilizou 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. 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 $\{F(4,26)=6$; $p<0,05\}$. O coeficiente de consistência interna da versão brasileira foi semelhante ao da versão original. O poder discriminante do instrumento foi observado na versão brasileira, no qual também se avaliou variáveis sócio-demográficas e culturais, a fim de se verificar possíveis associações com a pontuação, e os resultados obtidos atestaram a validade de critério e de construto do instrumento, no entanto, não se observou evidência de validade de critério do tipo preditivo para o grau de escolaridade do responsável ou classe social (Rossetti & Assumpção-Júnior, 2014; Rossetti, 2012).

O instrumento também discrimina outros grupos de acordo com Friedrich et al. (1991) e Consentino et al. (1995) que verificaram com as versões anteriores do CSBI que a pontuação total do instrumento correlaciona-se a outros tipos de comportamentos informados pelos pais no CBCL. Por exemplo, a pontuação total do CSBI correlacionou-se 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 a influência das variáveis idade, gênero, renda familiar

e anos de escolarização da mãe foram controladas ($F=5.5$, $p<0.0001$ para as internalizantes, e $F=7.8$, $p<0.0001$ para as externalizantes).

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 (brinca com partes sexuais em público, faz jogos sexuais com seus pares, e tem problemas sexuais) foram adicionados à padronização do TRF e classificados 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 ($r=0.40$; $p<0.05$) novamente com a pontuação total do CSBI, atestando assim a validade convergente do instrumento.

2.4.2. 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, despindo-se ou se 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) observaram 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 nelas 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 à 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 (falso positivo) do que crianças abusadas como abusadas (verdadeiro positivo). 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.

3. CASUÍSTICA E MÉTODOS

3.1. TIPO DE ESTUDO

Trata-se de um estudo quantitativo transversal da versão brasileira do instrumento de medida Child Sexuality Behavior Inventory – CSBI [Inventário de Comportamentos sexuais da Criança] (Rossetti, 2012), que visa obter normas para interpretação dos resultados obtidos por crianças brasileiras, assim como, investigar novas evidências de validade desta versão.

3.2. CASUÍSTICA

Para o processo de normatização, a população é composta de mães ou responsáveis por crianças de 3 a 11 anos de idade, matriculadas em instituições de ensino infantil e fundamental, públicas e privadas do estado de São Paulo, que aceitaram contribuir com o estudo. A amostra de cada faixa etária de um ano contou com 25 participantes, totalizando 225 sujeitos.

A população para os novos estudos de evidências de validade de critério (concorrente) e de construto (discriminante) do CSBI é composta de 3 grupos de mães ou responsáveis por crianças de 2 a 12 anos de idade, residentes no estado de São Paulo:

- Controle = Grupo de comparação, composto por 30 mães ou responsáveis por crianças da amostra maior de normatização.
- Sínd. de Down = Primeiro grupo clínico, composto por 24 mães ou responsáveis por crianças com Síndrome de Down que representarão os indivíduos com retardo mental em nível leve.
- TEA = Segundo grupo clínico, composto por 30 mães ou responsáveis por crianças com o Transtorno do Espectro Autista, com diagnóstico médico de Síndrome de Asperger, Autismo ou Autismo de Alto Funcionamento.

3.2.1. Critério de Inclusão e exclusão da amostra

A amostra de normatização e do grupo controle é composta por mães ou responsáveis por crianças com desenvolvimento típico, sem queixas de comportamentos ou transtornos de aprendizagem.

O segundo grupo é composto por crianças com Síndrome de Down, para a representação do desempenho do retardo mental (em nível leve) no construto estudado. É formado por indivíduos matriculados na APAE de Cotia (município do estado de São Paulo), e preenchem os seguintes critérios de inclusão: (1) idade cronológica entre 02 e 12 anos; (2) diagnóstico psicológico e neurológico de retardo mental (ou deficiência intelectual), segundo critérios do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais – 5V (APA, 2013) ou CID-10 (WHO, 1993); e (3) ausência de outras condições mórbidas psiquiátricas.

O terceiro grupo clínico é composto por crianças com o Transtorno do Espectro Autista avaliados pela equipe multidisciplinar do LADD do IPUSP e da APAE de Cotia e preenchem os seguintes critérios de inclusão: (1) idade cronológica entre 02 e 12 anos; (2) diagnóstico médico de Transtorno do Espectro Autista, segundo critérios do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais – 5 (APA, 2013) / CID-10 (WHO, 1993); (3) pontuação igual ou superior a 23 na Escala de Traços Autísticos – ATA (Assumpção Jr, et al., 2008) (anexo E); (4) pontuação de 30 a 36,5 na Childhood Autism Rating Scale – CARS (Pereira, Riesgo & Wagner, 2008; Matteo et al., 2009) (Anexo F) que caracteriza autismo de nível leve a moderado; (5) ausências de outras condições mórbidas psiquiátricas ou retardo mental (RM); (6) ausência de deficiências físicas ou sensoriais.

3.2.2. Tamanho da amostra

Para os estudos de normatização e validade do CSBI utilizou-se amostras aleatórias e de conveniência, portanto não probabilísticas.

3.3. MÉTODOS

3.3.1. Procedimentos³

3.3.1.1. Contato com a editora

Primeiramente, solicitou-se autorização para realização de novos estudos à editora Psychological Assessment Resources, Inc.(PAR), detentora dos direitos autorais do instrumento. O contato se deu por meio eletrônico (anexo A).

3.3.1.2. Considerações éticas

A pesquisa foi encaminhada ao Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos do Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo com o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE da pesquisa, e atende os fundamentos éticos e científicos dispostos na Resolução do Conselho Nacional de Saúde nº 466 de 12/12/2012. A pesquisa foi aprovada por este comitê com o parecer de nº 1.027.572 (apêndice A).

A pesquisadora responsável pelo estudo tomou todas as providências e cautelas para evitar ou reduzir os possíveis danos ao participante, provenientes de sua participação nessa pesquisa, como atendimento no LADD – para orientação e psicoeducação acerca do desenvolvimento sexual de crianças – ou outros laboratórios do Departamento de Psicologia Clínica do IPUSP, para atendimento nos projetos de assistência psicológica a depender da queixa.

3.3.1.3. Coleta dos dados

Inicialmente recolheu-se a carta de anuência da direção das instituições que permitiram a aplicação dos instrumentos da pesquisa nas mães ou responsáveis pelas crianças (apêndice B).

³ Os instrumentos mencionados nesta seção são apresentados na seção 3.3.2. *Instrumentos*.

Realizou-se a coleta de dados para a amostra de normatização e o grupo controle com o responsável legal das crianças após lerem e assinarem o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE (apêndice C). Os responsáveis pelas crianças responderam aos instrumentos:

- 1º - Escala de Classe Social – Pelotas (anexo B e C);
- 2º - Inventário de Comportamentos Sexuais da Criança (CSBI) – versão traduzida e adaptada para o português do Child Sexuality Behavior Inventory – CSBI (apêndice D).

A responsável pela atual pesquisa esteve presente durante a aplicação destes instrumentos esclarecendo eventuais dúvidas.

Em seguida, realizou-se a coleta de dados no segundo (SD) e terceiro grupo (TEA) no mesmo período, em dias alternados, nos dias e horários que as crianças estavam presentes nas instituições para atendimento de rotina. As mães ou responsáveis eram convidadas a responder a pesquisa durante a espera do atendimento das crianças. As que concordavam eram levadas da sala de espera para uma sala de atendimento.

Realizou-se a coleta de dados para estes grupos clínicos com o responsável legal das crianças após lerem e assinarem o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE (apêndice B). Os responsáveis pelas crianças destes grupos clínicos responderam aos instrumentos:

- 1º - Escala de Classe Social – Pelotas (Anexo B e C);
- 2º - Escala de Comportamento Adaptativo de Vineland - VABS (Anexo D);
- 3º - Inventário de Comportamentos Sexuais da Criança (CSBI) – versão traduzida e adaptada para o português do Child Sexuality Behavior Inventory – CSBI (apêndice C).

Os responsáveis pelas crianças TEA também responderam:

- Escala de Avaliação de Traços Autísticos - ATA. (anexo E)
- A Childhood Autism Rating Scale – CARS (Anexo F)

Adotou-se mais este procedimento neste grupo para garantir que atendiam os critérios de inclusão no presente estudo.

A responsável pela atual pesquisa conduziu a aplicação da VABS no grupo de mães de crianças com Sínd. de Down por meio de uma entrevista semidirigida. Além deste instrumento a pesquisadora adotou o mesmo procedimento para a aplicação da ATA e CARS no grupo TEA por se tratar de escalas que dependem de treinamento para o uso.

3.3.2. Instrumentos

3.3.2.1 Escala de Classe Social de Pelotas (Anexo B)

O uso da Escala de classe social - Pelotas (Lombardi et al., 1988) têm o intuito de identificar a qual grupo social os participantes pertencem. Para isso, os responsáveis pelas crianças dos dois grupos respondem 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 infraestrutura 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.

3.3.2.2. Escala de Avaliação de Traços Autísticos - A.T.A. (Anexo E)

Essa escala é composta por 23 subescalas, cada uma composta de diferentes itens. Sua construção foi realizada levando-se em conta os critérios diagnósticos do DSM-III, DSM-III-R (1989), e da CID-10, e na primeira padronização (Assumpção, Kuczynski, Gabriel &

Rocca, 1999), foram utilizadas também as correções de critérios decorrentes da publicação do DSM-IV (APA, 1994). Ela é pontuada com base nos seguintes critérios: cada subescala da prova tem um valor de 0 a 2; pontuando-se cada subitem positivo no momento em que o sujeito apresenta tal sintoma citado; se um item da escala for positivo a pontuação da escala será 1, se dois itens ou mais forem positivos a pontuação será 2, se nenhum dos itens forem positivo a pontuação será 0. A pontuação global da escala se faz a partir da soma aritmética de todos os valores das subescalas e uma pontuação superior a 23 pontos é sugestiva para o diagnóstico (Assumpção Jr, et al., 2008).

3.3.2.3. Childhood Autism Rating Scale (CARS)

A CARS foi traduzida e validada no Brasil por Pereira, Riesgo & Wagner (2008) e Matteo et al. (2009) sendo uma escala de 15 itens que auxiliam na identificação de crianças com autismo e as distinguem daquelas com prejuízo no desenvolvimento sem autismo. Sua importância está em permitir a diferenciação do autismo leve, moderado e grave. Seus 15 itens incluem: relação com as pessoas, resposta emocional, imitação, movimento do corpo, uso de objetos, adaptação a mudanças, resposta visual, ao som, ao paladar, cheiro e tacto; medo e ansiedade; comunicação verbal e não verbal; nível de atividade, de consciência da resposta intelectual e impressão global.

Os escores de cada domínio variam de 1 (dentro dos padrões de normalidade) a 4 (sintomas autistas graves) com sua pontuação variando entre 15 e 60, com ponto de corte para autismo igual a 30. Utilizada para crianças acima dos 2 anos de idade, foi construída levando-se em conta os critérios diagnósticos de Kanner, Creak, Rutter, Ritvo e Freman e DSM – III (Pereira, Riesgo & Wagner, 2008; Matteo et al., 2009).

3.3.2.4. Escala de Comportamento Adaptativo de Vineland - VABS (Anexo D)

Para a avaliação do nível de desenvolvimento, foi utilizada a escala Vineland (Sparrow, Balla, Cicchetti; 1984) O Vineland avalia o nível funcional da criança em quatro áreas, a saber, comunicação, atividades de vida diária, socialização e habilidades motoras mensurando um quociente de desenvolvimento. Sua utilização, neste estudo, tem por finalidade avaliar o grau de associação entre o CSBI e esta escala. Dois domínios não participam deste estudo, o domínio habilidades motoras, pelo fato de possuir tabelas

normativas apenas até os 5 anos de idade, e comportamento disruptivo, pela ausência de tabelas normativas estimadas para esse domínio.

3.3.2.5. Inventário de Comportamentos Sexuais da Criança - CSBI

O CSBI (Rossetti, 2012; Rossetti & Assumpção-Júnior, 2014) contém um caderno com 38 itens que descrevem uma grande variedade de comportamentos sexuais que abrangem nove domínios:

- a) Limites interpessoais: itens 2,7,17,24,26,32,36 – descritores relacionados à aproximações indevidas e íntimas com desconhecidos.
- b) Ansiedade sexual: item 25 – descritor de aumento de ansiedade na criança ao presenciar sinais de afeto entre adultos, como beijos e abraços.
- c) Exibicionismo: itens 21,33 – descritores de exibição de partes do próprio corpo pela criança a adultos e outras crianças.
- d) Intromissão sexual: itens 9,10,11,13,14,16,27,29,31,34 – com descritores de violação da privacidade de outras pessoas (adultos ou crianças) beijando ou tocando seus órgãos genitais sem permissão.
- e) Representação de papéis sexuais: itens 1,3 – itens que descrevem o desejo de pertencer ao sexo oposto.
- f) Conhecimento sexual: itens 20,23,37 – descritores de comportamentos que expressam conhecimento sexual acima do esperado para a idade da criança.
- g) Auto-Estimulação: itens 4,5,8,12,18 – descritores de comportamentos de auto-estimulação com propósito de obtenção de prazer sexual.
- h) Comportamento Voyeurístico: 19,22,30 – descritores de interesse e esforços da criança para observar partes sexuais de outros.
- i) Interesse sexual: 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 20 minutos. A mãe e/ou responsável indica quantas vezes observou cada um dos comportamentos listados durante os últimos 6 meses. 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 3 pontos em cada um dos 38 itens do instrumento.

3.3.3. Análise estatística da validação empírica

A análise dos dados foi de forma descritiva e inferencial por meio do software *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS). Os resultados serão descritos em termos de medidas de posição central e variabilidade de pontos. Análises de variância foram realizadas para verificar diferenças estatisticamente significantes entre os grupos a fim de comprovar a validade empírica do instrumento. O grau de associação entre as pontuações do CSBI e da VABS foi estimado por meio da Correlação de Pearson.

4. RESULTADOS

Os resultados aqui apresentados se referem ao estudo de normatização da versão traduzida e adaptada para a Língua Portuguesa do Brasil do Child Sexuality Behavior Inventory – CSBI (Rossetti, 2012). Além disso, apresentamos o estudo exploratório e inferencial realizado para se verificar propriedades psicométricas que representam novas evidências de validade. Primeiramente observamos a confiabilidade do instrumento, por meio do índice de consistência interna de toda a amostra de normatização, no qual os dados de caracterização seguem descritos abaixo.

4.1. Confiabilidade e Normatização

Para a amostra de normatização a idade mínima dos participantes foi de 3 anos e a máxima de 11 anos. Cada faixa etária de 1 ano foi composta de 25 participantes. A Tabela 4 demonstra a distribuição dos participantes da amostra de normatização por idade e gênero.

Tabela 4 – Participantes da amostra de normatização por idade e gênero.

Idade	Gênero		Subtotal
	M	F	
3	14	11	25
4	17	8	25
5	17	8	25
6	15	10	25
7	16	9	25
8	16	9	25
9	11	14	25
10	11	14	25
11	15	10	25
Total	132	93	225

A tabela 5 demonstra a distribuição de classe social por idade dos participantes da amostra de normatização.

Tabela 5 – Distribuição de classe social por idade na amostra de normatização.

idade	sub-prolet.	proletariado típico	proletariado não típico	pequena burguesia tradicional	nova pequena burguesia	ign	Total
3	4	11	0	6	1	3	25
4	4	10	3	4	3	1	25
5	3	11	3	3	1	4	25
6	1	6	4	10	0	4	25
7	1	10	2	10	0	2	25
8	2	8	0	13	1	1	25
9	3	7	2	11	0	2	25
10	1	8	4	5	2	5	25
11	2	7	3	9	0	4	25
Total	21	78	21	71	8	25	225

subprolet = Subproletariado/ ign= não informaram

O gráfico 1 apresenta a distribuição da pontuação total nessa amostra. Note que a distribuição é assimétrica e, portanto, não-paramétrica (Média=6,5; Desvio padrão=7,7).

Gráfico 1 – Distribuição da pontuação total na amostra de normatização.

A tabela 6 apresenta a tendência central e a variabilidade dos pontos (pontuação total) na escala para cada idade da amostra de normatização. É possível observar que para 4 e 11 anos a variância é alta.

Tabela 6 – Distribuição de pontos da escala por idade da amostra de normatização.

Idade	Mínimo	Máximo	Média	Desvio Padrão	Variância
3	0	23	7,4	6,5	42,3
4	0	41	9,8	11,5	131,3
5	0	25	6,52	7,1	50,1
6	0	19	5,72	5,3	28,1
7	0	13	4,56	4,2	17,3
8	0	19	5,32	5,7	32,8
9	0	15	4,4	4,2	17,9
10	0	19	4,16	4,5	20,0
11	0	46	10,84	12,7	161,7

As representações gráficas abaixo demonstram a distribuição da pontuação total em cada idade da amostra de normatização. Note que todas são assimétricas, com moda nas pontuações mais baixas da escala numérica de pontos totais obtidos no CSBI.

Gráfico 2 – Distribuição da pontuação total de indivíduos de 3 anos da amostra de normatização.

Gráfico 3 – Distribuição da pontuação total de indivíduos de 4 anos da amostra de normatização.

Gráfico 4 – Distribuição da pontuação total de indivíduos de 5 anos da amostra de normalização.

Gráfico 5 – Distribuição da pontuação total de indivíduos de 6 anos da amostra de normatização.

Gráfico 6 – Distribuição da pontuação total de indivíduos de 7 anos da amostra de normatização.

Gráfico 7 – Distribuição da pontuação total de indivíduos de 8 anos da amostra de normatização.

Gráfico 8 – Distribuição da pontuação total de indivíduos de 9 anos da amostra de normatização.

Gráfico 9 – Distribuição da pontuação total de indivíduos de 10 anos da amostra de normatização.

Gráfico 10 – Distribuição da pontuação total de indivíduos de 11 anos da amostra de normatização.

A análise da consistência interna (confiabilidade) do instrumento revelou índices aceitáveis. O Alpha de Cronbach de toda a escala foi de 0,79 e todos os itens mostraram bom nível de correlação com a pontuação total. O Alpha de Cronbach da parte 1 (com os 19 primeiros itens) foi de 0,74 e o da parte 2 (com os 19 itens finais) foi de 0,64. A análise com o método das duas metades com a fórmula de Spearman-Brown foi de 0,63 e com a fórmula de Guttman foi de 0,62 (em ambas as fórmulas os valores aceitáveis são $\geq 0,50$).

4.1.1. Validade de critério do tipo concorrente

No processo de normatização verificou-se evidência de validade de critério do tipo concorrente por meio da análise do Qui Quadrado. Essa análise revelou diferença estatisticamente significativa entre as idades ($X^2 = 3,27$; $gl = 27$; $p = 0,000$). Utilizou-se a

mesma análise em um agrupamento de faixa etária e os resultados demonstram que existe diferença significativa entre 3 grupos etários como apresentado na tabela 7.

Tabela 7 - Qui Quadrado das faixas etárias da amostra de normatização.

Idades		Total
3 a 5	X ²	55,33
	gl	22
	p	0,000
6 a 8	X ²	58,96
	gl	16
	p	0,000
9 a 11	X ²	72,47
	gl	19
	p	0,000

As tabelas 8, 9 e 10 apresentam o percentil dos pontos para cada faixa etária.

Tabela 8 – Percentil dos pontos para indivíduos de 3 a 5 anos.

Idade	Percentil	Pontos
3 a 5	10	0
	20	1
	25	1
	30	2
	40	3
	50	6
	60	8
	70	10
	75	10
	80	12
	90	21
	100	41

Note que apesar de dois grupos etários (de 6 a 8 anos e de 9 a 11 anos) obterem a mesma pontuação até o percentil 80, o mesmo não ocorre a partir do percentil 90. Também é

possível observar que de 6 a 8 anos há uma redução de pontos no percentil 100 comparado ao grupo dos mais novos (de 3 a 5 anos) e dos mais velhos (de 9 a 11 anos).

Tabela 9 - Percentil dos pontos para indivíduos de 6 a 8 anos.

Idade	Percentil	Pontos
6 a 8	10	0
	20	0
	25	1
	30	2
	40	3
	50	4
	60	6
	70	7
	75	8
	80	9
	90	12
	100	19

Tabela 10 – Percentil dos pontos para indivíduos de 9 a 11 anos

Idade	Percentil	Pontos
9 a 11	10	0
	20	0
	25	1
	30	2
	40	3
	50	4
	60	6
	70	7
	75	8
	80	9
	90	16
	100	46

A seguir é possível observar os itens que mais foram pontuados. Note que alguns itens apresentaram maior frequência nos três grupos etários. É o caso dos itens:

- 2 - “Fica fisicamente muito próximo das pessoas”
- 5 - “Masturba-se com a mão”
- 7 - “Toca ou apalpa ou tenta tocar os seios de sua mãe ou de outras mulheres”
- 12 - “Toca ou apalpa seus genitais quando está em casa”
- 19 - “Tenta olhar pessoas quando estão nuas ou se despindo”
- 22 - “Tenta olhar imagens de nudez ou de pessoas parcialmente vestidas”
- 25 - “Fica chateado quando adultos se beijam ou se abraçam”

Tabela 11 – Distribuição dos pontos por item e faixa etária.

Itens	Idades		
	3 a 5	6 a 8	9 a 11
1	17	2	4
2	51	54	41
3	7	4	6
4	31	9	14
5	46	22	24
6	2	4	10
7	58	30	18
8	9	4	7
9	6	1	2
10	2	0	1
11	0	2	3
12	65	50	46
13	5	6	3
14	7	1	6
15	7	5	5
16	6	0	0
17	16	1	15
18	5	0	9
19	34	25	24
20	5	1	5
21	18	9	6
22	18	30	36
23	15	13	32
24	8	5	1
25	38	14	26
26	10	8	8
27	13	9	7
28	1	0	6
29	0	1	2
30	13	14	29
31	4	3	0
32	19	13	10
33	4	2	3
34	1	1	1
35	10	24	35
36	19	12	7
37	15	5	23
38	8	6	10

4.2. Validade de construto do tipo discriminante

A tabela 12 demonstra a distribuição dos participantes dos novos estudos de evidências de validade de construto do tipo discriminante do CSBI por faixa etária. Observa-se maior distribuição de indivíduos com Síndrome de Down (com retardo mental em nível leve) menores de 7 anos. Entre os indivíduos com TEA foi mais frequentes integrantes menores de 8 anos.

Tabela 12 - Distribuição dos participantes da validade de construto discriminante.

Idade	SD	TEA	Controle	Subtotal
2	6	0	0	6
3	5	2	3	10
4	7	5	3	15
5	1	2	3	6
6	4	8	3	15
7	0	6	3	9
8	0	2	3	5
9	1	2	4	7
10	0	2	4	6
11	0	0	4	4
12	0	1	0	1
Total	24	30	30	84

SD = Síndrome de Down; TEA = Transtorno do Espectro Autista.

A tabela 13 demonstra a estatística descritiva da idade dos participantes de cada grupo, com medidas de tendência central e variabilidade. Observa-se que o grupo com Síndrome de Down participou o indivíduo mais novo de 2 anos, enquanto o de TEA participou o mais velho com 12 anos. A faixa média do grupo TEA foi muito próxima a do grupo controle.

Tabela 13 – Estatística descritiva da idade dos grupos da validade de construto discriminante.

Grupo	Média	Mediana	Moda	Desvio Padrão	Variância	Mínimo	Máximo
Controle	7	8	9	3	7	3	11
SD	4	4	4	2	3	2	9
TEA	6	6	6	3	7	3	12

No que se referem aos pontos obtidos pelos grupos, observa-se que a maior pontuação foi entre os indivíduos com Síndrome de Down, com uma diferença de 10 pontos a menos

para os com o TEA. Os três grupos não apresentam distribuições paramétricas, em que os valores de média, mediana e moda são semelhantes.

Tabela 14 – Estatística descritiva da pontuação total dos grupos da validade de construto discriminante.

Grupo	Média	Mediana	Moda	Desvio Padrão	Variância	Mínimo	Máximo
Controle	10	6	0	10	94	0	31
SD	13	12	3	9	87	0	37
TEA	9	7	7	7	52	0	27

As distribuições assimétricas dos pontos no CSBI podem ser observadas nos gráficos 11, 12 e 13 respectivamente.

Gráfico 11 – Distribuição da pontuação total do grupo controle da validade de construto discriminante.

Gráfico 12 – Distribuição da pontuação total do grupo SD da validade de construto discriminante.

Gráfico 13 – Distribuição da pontuação total do grupo TEA da validade de construto discriminante.

A tabela 15 revela a distribuição em percentil para cada grupo. Note que o grupo com Síndrome de Down apresenta a maior pontuação no percentil 50 e 75.

Tabela 15 - Percentil dos pontos para os grupos da validade de construto discriminante.

Grupo	Percentil		
	25	50	75
Controle	2	6	17
SD	4	12	20
TEA	3	7	14

A análise do Qui Quadrado não revelou diferença estatisticamente significativa entre as pontuações como mostra a tabela 16.

Tabela 16 – Qui quadrado dos pontos para os grupos da validade de construto discriminante.

Grupo		Total
Controle	X ²	12
	gl	18
	p	0,857
SD	X ²	7
	gl	14
	p	0,925
TEA	X ²	9
	gl	16
	p	0,931

X² = Qui quadrado; gl = grau de liberdade;
p= nível de significância

4.3. Validade de construto do tipo convergente/divergente

Realizou-se o estudo exploratório para verificar se o CSBI adaptado se diferencia de uma escala do desenvolvimento, no caso, a Escala de Comportamento Adaptativo de Vineland (VABS). O estudo utilizou os mesmos grupos clínicos da validade de construto discriminante. A tabela 17 demonstra o grau de associação, por meio da Correlação de Pearson (r) entre a pontuação total do CSBI e as pontuações da VABS.

Tabela 17 – Grau de associação entre o CSBI e a VABS.

Domínios Vineland (VABS)						
Grupo			Comunicação	Atividades de Vida Diária	Socialização	Total Vineland
SD	Pontos CSBI	r	0,179	-0,119	0,207	0,085
		p	0,403	0,581	0,332	0,694
		r	-0,46*	-0,31	-0,43*	-0,47**
TEA	Pontos CSBI	p	0,011	0,093	0,019	0,01

A análise revelou correlação negativa em grau moderado entre a pontuação total do CSBI e a pontuação do domínio Comunicação da VABS na amostra com TEA. Isto indica que quanto melhor o nível de comunicação dos indivíduos do grupo com TEA, menor a pontuação no CSBI ($p < 0,05$). Também se observa correlação negativa em grau moderado entre a pontuação total do CSBI e a pontuação do domínio Socialização da VABS na amostra com TEA. Isto indica que quanto melhor o nível de Socialização dos indivíduos do grupo com TEA, menor a pontuação no CSBI ($p < 0,05$). Resultado semelhante ocorreu entre a pontuação total do CSBI e a pontuação total da VABS nesse mesmo grupo. Isto indica que quanto melhor o nível adaptativo dos indivíduos TEA, menor a pontuação no CSBI.

5. DISCUSSÃO

Os resultados da análise da consistência interna da versão brasileira do CSBI se assemelham aos obtidos pelo autor na versão original (Friedrich, 1997), na normatização holandesa (Schoentjes, Deboutte & Friedrich, 1999) e no estudo de evidências de validade do instrumento no Brasil (Rossetti & Assumpção-Júnior, 2014).

Quanto à validade de critério do tipo concorrente, confirmou-se o efeito da idade na média do escore total do CSBI na amostra de normatização. No entanto, as crianças mais novas (de 3 a 5 anos) não apresentaram escores mais altos que crianças mais velhas no instrumento, como observado em outros estudos (Friedrich, 1997; Schoentjes, Deboutte & Friedrich, 1999; Rossetti & Assumpção-Júnior, 2014). A observação desses resultados na amostra brasileira não permite afirmar que há um acréscimo ou decréscimo dos comportamentos sexuais (Friedrich, 1997; Tolman e McClelland, 2011), descritos na escala com o aumento da idade dos indivíduos. O que se sabe é que os comportamentos descritos na escala estão mais presentes entre as crianças menores (de 3 a 5 anos) e maiores (de 9 a 11 anos). Se tomarmos como base o que Piaget enfatiza sobre o desenvolvimento da moralidade, o primeiro grupo é composto de indivíduos que se encontram na fase de heteronomia, em que se adota como critério do “bem” a vontade dos pais (Assumpção-Junior & Pedroso, 2012). Ao evoluir para estágio operatório concreto a criança desenvolve uma moral de cooperação e de autonomia pessoal” (Piaget, 1972). Logo, é possível pensar que as razões para que as pontuações sejam mais altas nesses dois grupos extremos são diferentes em sua origem. Se as mães percebem esses comportamentos sexuais nas crianças pequenas que ainda necessitam de orientações e estão sensíveis a moral do adulto que o ensina a não emitir alguns comportamentos ou a emití-los em locais privados, no outro grupo a observação deles pelo adulto já não pode ser explicada apenas por um descuido da criança mais velha, e sim como uma expressão de maior autonomia e liberdade decorrentes de uma moral autônoma. Desse modo, a baixa frequência no grupo de indivíduos de 6 a 8 anos, pode ser entendida não como ausência da emissão de comportamentos sexuais, mas como ausência de expressões públicas, passíveis da observação de um adulto que representa as convenções sociais e é representante de uma moral, assim como, agente punidor no caso desta não ser respeitada. Nesse sentido, Rutter (1971) explica que as crianças maiores escondem mais seus comportamentos sexuais de seus pais, e não de que há uma menor expressão de comportamentos sexuais nessa fase do

desenvolvimento. Portanto, é provável que a ocorrência desse evento entre os indivíduos de 6 a 8 anos, se deve ao fato de que ainda estão num nível de moralidade que antecede ao que o grupo de indivíduos mais velhos vivenciam.

Uma curiosidade, é que alguns itens tiveram frequências mais altas nos três grupos etários como mostra o estudo de validade de critério do tipo concorrente. Dois itens chamam a atenção, o item 19 (“Tenta olhar pessoas quando estão nuas ou se despindo”) e o 22 (“Tenta olhar imagens de nudez ou de pessoas parcialmente vestidas”). Novamente temos uma diferença em termos do que motiva a emissão desses comportamentos em cada grupo etário. No primeiro, estima-se que ocorre em função da necessidade da criança de desenvolver a permanência do conceito de gênero masculino ou feminino, visto que a criança busca aprender a natureza da própria categoria sexo/gênero, e que ser menino ou menina é uma condição que não se altera por elementos como o vestuário ou o comprimento do cabelo. Apesar dos indivíduos que se encontram no segundo grupo etário (de 6 a 8 anos), possuem maior entendimento com relação à permanência de gênero, essas crianças ainda buscam as regras que regem o comportamento de meninos e meninas (Bradbard, Martin, Endsley e col., 1986; Martin & Ruble, 2004), por isso comportamentos voyerísticos (Friedrich, 1997) ainda estão presentes.

Outros itens que tiveram altas frequências nos três grupos se referem a comportamentos do domínio auto-estimulação do instrumento (Friedrich, 1997). Os itens são: 5 (“Masturba-se com a mão”), 12 (“Toca ou apalpa seus genitais quando está em casa”), e 2 (“Fica fisicamente muito próximo das pessoas”). Esse dado nos remete ao postulado por (Assumpção-Junior & Pedroso (2012), que explica que o desenvolvimento da conduta sexual segue de acordo com o desenvolvimento cognitivo de Piaget, e apesar do aumento da aptidão para o processamento de informações do meio, a criança mantém a aquisição de estágios anteriores nos estágios futuros. Neste sentido, a exploração sensorial adquirida no estágio sensório motor permanece presente nos estágios posteriores, por isso esses dois comportamentos descritos nos itens é comumente observado e relatado pelos pais de crianças de diferentes idades, logo esse dado nos indica que estes itens não discriminam grupos etários.

Quanto à validade de critério, vale lembrar que não foram investigadas se variáveis sociodemográficas e culturais, como a classe social, se associava com as pontuações do instrumento. Isto ocorreu devido ao fato de que em estudos anteriores em território nacional, não se observou evidência de validade para essa variável (Rossetti & Assumpção-Júnior, 2014; Rossetti, 2012).

Como o instrumento também discrimina outros grupos por meio da correlação entre os pontos do CSBI e o escore T da dimensão de comportamentos internalizantes e externalizantes do CBCL (Friedrich et al., 1991; Consentino et al., 1995; Friedrich, 1997), realizamos uma análise exploratória para aferir a validade de construto do tipo discriminante, e a análise inferencial não revelou diferença estatisticamente significativa entre as pontuações de indivíduos com desenvolvimento típico e atípico. A análise revelou maiores pontuações para o grupo com retardo mental (SD) devido a maior frequência de ocorrência de alguns comportamentos da escala, o que pode ser explicado pela dificuldade cognitiva que impede estes indivíduos de perceber e reagir aos estímulos externos e internos de forma adequada e adaptada ao ambiente que os rodeiam (Assumpção-Junior, 2008b). Esse dado sugere que percentis acima de 85 –como sugerem alguns estudiosos da Psicometria para discriminar grupos clínicos – no CSBI, poderão ser encontrado em crianças com suspeita de retardo mental. No entanto, é preciso cautela, porque além de não haver comprovação empírica neste estudo, a amostra é pequena e jovem e, portanto, com condutas que ainda não foram controladas a partir dos processos educacional e de habilitação que procuram adaptá-los e integrá-los em seu meio, como sugere Assumpção-Junior (2008b). Também vale lembrar que devido ao comprometimento na capacidade de compreensão de aspectos sociais, é frequente o relato dos familiares e profissionais de que estes indivíduos apresentam comportamentos sexuais impróprios que os expõe a situações de abuso sexual numa proporção mais alta do que de seus pares com desenvolvimento típico (Swango-Wilson, 2008; Foster & Sandel, 2010; Stewart, 2012), o que portanto, nos remete a necessidade de programas que funcionem como medidas protetivas (Eastgate et al., 2012; Healy et al., 2009; Galea et al., 2004; McCabe, 1999; McCabe e Schreck, 1994).

Ainda sobre a validade de construto do tipo discriminante, convém ressaltar a ausência de diferenças estatisticamente significativas também entre as pontuações do grupo de indivíduos com TEA em comparação com o controle, o que nos remete ao fato de que, neste construto no Brasil, não verifica-se diferenças como as observadas em muitos estudos (Baron-Cohen, 1988; Haracopos & Pedersen, 1992; Cooper et al., 1993; Kohn et al., 1998; Realmuto & Rublo, 1999; Milton et al., 2002; Murrie et al., 2002; Silva et al., 2002; Ray et al., 2004; Hellemans et al., 2007/ 2010; Griffin-Shelley, 2010; Chan & Saluja, 2011). Também parece não haver diferenças no desenvolvimento de comportamentos sexuais como as que se observa em marcos do desenvolvimento neuropsicomotor, onde é comum a ausência de alguns comportamentos ou uma baixa frequência, reflexo de um baixo nível de comportamentos

adaptativos como referido em diversos estudos (Wing, 1981; Gillberg, Ehlers, Schaumann, Jakobsson, Dahgren, Lindblom, Bagenholm, Tjuus & Blinder, 1990; Rutter, 1996; Volkmar, Klin, Marans & McDougle, 1996; Assumpção, 1997; APA, 2013).

Esse dado também pode se referir puramente a uma limitação no funcionamento dos itens do CSBI nesses indivíduos, visto que em outros países esse construto apresenta diferenças entre os grupos. No entanto, surpreende esse resultado porque mesmo tendo os pesquisadores dos estudos referidos identificado diferenças com outros instrumentos e não com o CSBI, os modelos teóricos se assemelham na definição do construto, por se tratarem de modelos oriundos de dados empíricos. Logo, é possível indicar uma limitação do presente estudo que não se ateve ao cuidado de compor uma amostra mais homogênea em termos de funcionalidade e capacidades intelectuais (destaca-se a aferição de Quociente de Inteligência e funções executivas) o que possibilitaria a análise das pontuações de Autistas de Alto-funcionamento, numa tentativa de tornar a amostra mais homogênea. Em defesa, ressalta-se o fato de que no Brasil o diagnóstico é tardio pela pouca disponibilidade de serviços e profissionais especializados, o que nos leva ao uso de amostras de conveniência.

Felizmente, a análise para inferir a validade de construto do tipo convergente/divergente identificou resultados mais favoráveis. Essa análise revelou correlações negativas que sugerem ser o construto comportamento sexual, avaliado pelo CSBI, diferente (divergente) do relativo ao comportamento adaptativo. Além disso, observou-se que quanto melhor o nível adaptativo no grupo TEA, menor a pontuação no CSBI, de modo que, quanto mais preservado a capacidade de comunicação e socialização nesse grupo, menos frequente a emissão de alguns comportamentos do instrumento. O que nos leva a inferir que alguns comportamentos sejam emitidos em locais privados – e, portanto, não observados pelos responsáveis – como resultado do entendimento de convenções sociais, como é o caso de comportamentos como tocar as próprias genitálias ou masturbar-se, do domínio auto-estimulação do instrumento (Friedrich, 1997).

6. CONCLUSÃO

Confirma-se a hipótese nula de que a versão brasileira do CSBI não diferencia por meio de suas pontuações grupos de criança com atrasos do desenvolvimento, mas confirma-se a hipótese experimental de que há diferenças significativas das pontuações por faixa etária, e as pontuações do instrumento se correlacionam significativamente com as pontuações da escala de comportamento adaptativo de Vineland (VABS).

Com os resultados obtidos na análise da consistência interna da versão brasileira do CSBI, comprova-se sua confiabilidade. No que se refere à validade de critério do tipo concorrente, a análise confirmou esse item a partir da diferença estatisticamente significativa na pontuação total das faixas etárias na amostra de normatização.

Quanto à validade de construto do tipo discriminante, o instrumento não discriminou por meio de suas pontuações indivíduos com desenvolvimento atípico, o que não atesta a capacidade de discriminar indivíduos com atraso do desenvolvimento com esse instrumento. No entanto, o estudo de validade de construto do tipo convergente/divergente atestou a capacidade do instrumento em avaliar o construto comportamento sexual em contraponto a outro construto como comportamento adaptativo.

Para estudos futuros espera-se ampliar os descritores deste instrumento com itens que em nossa cultura referem-se a comportamentos sexuais, como por exemplo: “Dança de forma sensual”. Apesar de pouco referido na literatura deste construto, comportamentos deste tipo merecem uma avaliação cuidadosa em nosso meio, devido a necessidade de investigação de variáveis determinantes para a presença deste tipo de comportamento, como influências sociais que exercem efeitos de modelação combinados a dados sócio-demográficos e de práticas educativas negativas como a negligência.

E por fim, vale lembrar o que já foi informado no estudo anterior (Rossetti & Assumpção-Júnior, 2014; Rossetti, 2012), 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, inclusive aqueles que podem indicar a presença do abuso sexual, avaliado por meio da subescala 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 a análise e intervenção seguras e baseadas em evidências (Huxley & Mash, 2007).

7. REFERÊNCIAS⁴

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

Achenbach, T. M. & Rescorla, L. A. (2001). *Manual for the ASEBA School-Age Forms & Profiles*. Burlington, VT: University of Vermont, Research Center for Children, Youth, & Families.

American Association on Mental Retardation (2006). *Retardo mental: definição, classificação e sistemas de apoio*. 10 ed. Trad. Magda França Lopes. Porto Alegre: Artmed.

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.

American Psychiatric Association - APA. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders- DSM-5*. 1ª. ed. Washington, D.C: Author.

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

American Psychiatry Association (APA). (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (4 ed.). Washington DC: American Psychiatric Association.

APA Presidential Task Force on Evidence-Based Practice. (2006). Evidence-based practice in psychology. *American Psychologist*, 61, 271-285.

Asperger, H. (1968) Zur differential diagnose des kindlichen Autismus. *Acta paedopsychiatrica*, 35, 136-45.

Assumpção-Junior, F. B., Pedroso, R. J. (2012). *Desenvolvimento da Sexualidade e da Moral em Tratado de Psiquiatria da infância e adolescência*. Assumpção-Junior, F. B. & Kuczynski, E. (Orgs.) São Paulo: Editora Atheneu.

⁴ De acordo com o estilo APA – American Psychological Association

Assumpção Jr., F.B (2008). Deficiência mental. Em F.B. Assumpção Jr. & Tardivo, L. S. L. P. C (Orgs). *Psicologia do Excepcional: deficiência física, mental e sensorial* (pp. 5-13). Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.

_____ (2008a). *Psicopatologia evolutiva*. Porto Alegre: Artmed.

_____ (2008b). Sexualidade e Deficiência Mental em Psicologia do excepcional: deficiência física, mental e sensorial. Assumpção-Junior, F. B. & Tardivo, S. L. L. P. C. (Orgs.). Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.

Assumpção Jr, F., Gonçalves, J., Cuccolichio, S., Amorim, L., Rego, F., Gomes, C., (2008). Escala de Avaliação de Traços Autísticos (ATA): segundo estudo de validade. *Medicina de Reabilitação*, 27(2), 41-44.

Assumpção Jr, F., Kuczynski, E., Gabriel, M., & Rocca, C. (1999). Escala de Avaliação de Traços Autísticos (ATA): validade e confiabilidade de uma escala para a detecção de condutas autísticas. *Arquivos de Neuropsiquiatria*, 57, 23-29.

Assumpção, F.B. (1997). *Transtornos Invasivos do Desenvolvimento Infantil*. São Paulo: Ed. Lemos.

Bandura, A. & Bussey, K. (2004). On Broadening the Cognitive, Motivational, and Sociostructural Scope of Theorizing About Gender Development and Functioning: Comment on Martin, Ruble, and Szkrybalo (2002). *Psychological Bulletin*, 130 (5), 691-701.

Baron-Cohen, S., Jolliffe, T., Mortimore, C., & Robertson, M. (1997). Another advanced test of theory of mind: evidence from very high functioning adults with autism or Asperger syndrome. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 38, 813-822.

Baron-Cohen, S. (1988). An assessment of violence in a young man with Asperger's syndrome. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 29, 351-360.

Baron-Cohen, S., Leslie, A. M., & Frith, U. (1985). Does the autistic child have a theory of mind? *Cognition*, 21, 37-46.

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.

- Bee, H. & Boyd, D. (2011). *A criança em desenvolvimento*. Tradução: Cristina Monteiro, 12 ed, Porto Alegre: Artmed.
- Best, C., Moffat, V., Power, M., Owens, D., & Johnstone, E. (2008). The boundaries of the cognitive Phenotype of Autism: Theory of Mind, Central Coherence and Ambiguous Figure Perception in young people with autistic traits. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 38, 840-847.
- Byers, E. S, Nichols, S., Voyer, S. D. & Reilly, G. (2012). Sexual well-being of a community sample of high-functioning adults on the autism spectrum who have been in a romantic relationship. *Autism*, 17(4): 418–433.
- Bordin, I. A. S., Mari, J. J., Caeiro, M. F. (1995). Validação da versão brasileira do Child Behavior Checklist (CBCL) (Inventário de Comportamentos da Infância e da Adolescência): dados preliminares. *Revista Academia Brasileira de Psicologia*, 17, 55-66.
- Bradbard, M. R., Martin, C. L., Endsley, R. C., Halverson, C. F. (1986). Influence of Sex Stereotypes on Children's Exploration and Memory: A Competence Versus Performance Distinction. *Developmental Psychology*, 22(4),481-486.
- Chan, L. G. & Saluja, B. (2011). Sexual offending and improvement in autistic characteristics after acquired brain injury: a case report. *The Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 45, 902–903.
- 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.
- Cooper, S. A., Mohamed, W. N., Collacott, R. A. (1993). Possible Asperger's syndrome in a mentally handicapped transvestite offender. *Journal of Intellectual Disability Research*, 37, 189–194.
- Coskun, M., Mukaddes, N. M. (2008). Mirtazapine treatment in a subject with autistic disorder and fetishism. *Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology*, 18: 206–209.

- Coskun, M., Karakoc, S., Kircelli, F., Mukaddes, N. M. (2009). Effectiveness of mirtazapine in the treatment of inappropriate sexual behaviors in individuals with autistic disorder. *Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology*, 19: 203–206.
- Dahlgren, S. O. & Gillberg, C. (1989). Symptoms in the first two years of life. A preliminary population study of a infantile autism. *European Archives of Psychiatry and Neurological Sciences*, 238, 169-174.
- Dozier, C. L., Iwata, B. A. & Worsdell, A. S. (2011). Assessment and treatment of foot–shoe fetish displayed by a man with autism. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 44, 133–137.
- Early, M. C. , Erickson, C. A., Wink, L. K., McDougle, C. J., Scott, E. L. (2012). Case report: 16-year-old male with autistic disorder with preoccupation with female feet. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 42, 1133–1137.
- Eastgate, G., Scheermeyer, E., Driel, M. L. V., Lennox, N.(2012). Intellectual disability, sexuality and sexual abuse prevention. A study of family members and support workers. *Australian Family Physician*, Vol. 41, N. 3.
- Finkelhor, D. (1994). Current information on the scope and nature of child sexual abuse. *The future of children*, 4 (2), 31-53.
- Foster, K., Sandel, M. (2010). Abuse of women with disabilities: toward an empowerment perspective. *Sexuality and Disability*, 28(3), 177–186.
- 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.
- 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.
- Frith, U. (2004). *Autismo: hacia una explicación del enigma*. Spain: Alianza Editorial.
- Frith, U., Morton, J., & Leslie, A. (1991). The cognitive basis of a biological disorder: autism. *Trends in Neurosciences*, 14(10), 433-438.
- Galea J., Butler J., Iacono, T. (2004). The assessment of sexual knowledge in people with intellectual disability. *Journal of Intellectual & Developmental Disability*, Vol. 29, n4, pp. 350-365.
- Gillberg, C.; Ehlers, S.; Schaumann, H.; Jakobsson, G.; Dahgren, S. O.; Lindblom, R.; Bagenholm, A.; Tjuus, T. & Blinder, E. (1990). Autism under age 3 years: A clinical study of 28 cases referred for autistic symptoms in infancy. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 31, 921-34.
- Gilmour, L., Schalomon, P. M., Smith, V. (2012). Sexuality in a community based sample of adults with autism spectrum disorder. *Research in Autism Spectrum Disorders*, 6, 313–318.
- Gougeon, N. A. (2010). Sexuality and autism: a critical review of selected literature using a social-relational model of disability. *American Journal of Sexuality Education*, 5, 328–361.
- Graaf, H. DE, Kruijer H., Acker, J. V. & Meijer, S. Seks onder je 25e: Seksuele gezondheid van jongeren in Nederland anno 2012 [Sexo antes dos 25: Saúde sexual de jovens na Holanda em 2012]. Delft, Eburon; 2012 [em holandês]. [Acesso em: 2014 out 30]. Disponível em: file:///C:/Users/PC/Downloads/seks-onder-je-25e-(2012).pdf.
- Griffin-Shelley E (2010). An Asperger's adolescent sex addict, sex offender: a case study. *Sexual Addiction & Compulsivity*, 17, 46–64.

- 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. (2006). Terapia cognitivo-comportamental e promoção de resiliência para crianças e adolescentes vítimas de violência sexual intrafamiliar. In D. D. Dell’Aglio, S. H. Koller, & M. A. M. Yunes (Eds.), *Resiliência e psicologia positiva: Interfaces do risco à proteção*. (pp. 233-258). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Habigzang, L. F., Koller, S. H., Azevedo, G. A. & Machado, P. X. (2005). Abuso Sexual Infantil e Dinâmica Familiar: Aspectos observados em processos jurídicos. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 21(3), 341-348.
- Habigzang, L. F. & Caminha, R. M. (2004). Abuso sexual contra crianças e adolescentes: Conceituação e intervenção clínica. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- 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>>
- Happé, F., & Frith, U. (2006). The Weak Coherence Account: Detail-focused Cognitive Style in Autism Spectrum Disorders. *Journal of Autism and Developmental Disorders* , 36(1), 5-25.
- Happé, F. (1996). Studying Weak Central Coherence at low levels: children with Autism do not succumb to visual illusions. A Research Note. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 37(7), 873-877.
- Haracopos, D. & Pedersen, L.(1992). Sexuality and autism, a nationwide survey in Denmark, Preliminary Report. Disponível em: http://www.autismuk.com/?page_id=1293. Acesso em: 26 ago 2014.
- 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.

Hatton S & Tector A (2010) Sexuality and relationship education for young people with autistic spectrum disorder: curriculum change and staff support. *British Journal of Special Education*, 37, 69–76.

Healy, E., McGuire, B. E., Evans, D. S., Carley. S. N. (2009). Sexuality and personal relationships for people with an intellectual disability. *Journal of Intellectual Disability Research*, v 53, pp 905–912.

Hellemans, H., Colson, K., Verbraeken, C., Vermeiren, R., Deboutte, D. (2007). Sexual behavior in high functioning male adolescents and young adults with autism spectrum disorder. *Journal of Autism Development Disorder*, 37, 260–269.

Hellemans, H., Roeyers, H., Leplae, W., Dewaele, T., Deboutte, D. (2010). Sexual behavior in male adolescents and young adults with Autism Spectrum Disorder and borderline/mild mental retardation. *Sexuality and Disability*, 28:93-104.

Hénault, I., Attwood, T. (2006). The sexual profile of adults with Asperger's syndrome: the need for support and intervention. In *Asperger's Syndrome and Sexuality: From Adolescence through Adulthood* (Hénault I ed.). Jessica Kingsley Publishers, 183–192.

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)

Holmbeck, G. N, Holmbeck, G. N., Thill, A. W., Bachanas, P., Garber, J., Miler, K. B., Zuckerman, J.(2008). Evidence-Based Assessment in Pediatric Psychology: Measure of Psychosocial Adjustment and Psychopathology. *Journal of Pediatric Psychology*, 33(9), 958-980.

Huxley, J., Mash, E. J. (2007). Evidence Based Assessment. *Annual Review of Clinical Psychology*, 2, 29-51.

Instituto Brasileiro de Avaliação Psicológica - IBAP (2003). Diretrizes para o uso de testes: International Test Commission.

Disponível em: http://www.ibapnet.org.br/avalpsi_diretrizes.html.

Acesso em: 26 ago 2014.

Kanner, L. (1943) Autistic disturbances of affective contact. *Nervous Child*, 2, 217-250.

Klin, A (2006). Autismo e Síndrome de Asperger: uma visão geral. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 28(1), 3-11.

Kohn, Y., Tarek, F., Ratzoni, G., Apter, A. (1998). Aggression and sexual offense in Asperger's syndrome. *Israel Journal of Psychiatry and Related Sciences*, 35, 293–299.

Konstantareas, M. M., Lunsy, Y. J. (1997). Sociosexual knowledge, experience, attitudes, and interests of individuals with autistic disorder and developmental delay. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 27, 397–413.

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

Lamminmäki, A., Hines, M., Kuiri-Hänninen, T., Kilpeläinen, L., Dunkel, L., Sankilampi, U. (2012). *Hormones and Behavior*, 61, 611–616.

Leme, C. V. D., Cruz, E. M. T. N. (2008). Sexualidade e síndrome de Down: uma visão dos pais. *Arquivos de Ciências da Saúde*, 15(1), 29-37.

Lippa, R. A. (2006). The Gender Reality Hypothesis. *American Psychologist*. American Psychological Association. DOI: 10.1037/0003-066X.61.6.639.

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.

Mandell, D. S., Walrath, C. M., Manteuffel, B., Sgro, G., Pinto-Martin, J. A. (2005). The prevalence and correlates of abuse among children with autism served in comprehensive community-based mental health settings. *Child Abuse & Neglect*, 29, 1359–1372.

- Martin, C. L. (1993). New directions for investigating children's gender knowledge. *Developmental review*, 13, 184-204.
- Martin, C. L. & Ruble, D. (2004). Children's Search for Gender Cues: Cognitive Perspectives on Gender Development. *Current directions in psychological science*, 13(2), 67 – 70.
- McCabe, M. P. (1999). Sexual knowledge, experience and feelings among people with Disability. *Sexuality and disability*, Vol. 17, No. 2, 1999.
- McCabe, M. P. (1994). Sexual knowledge, experience and needs scale for people with intellectual disability (SexKen-ID). Melbourne: Psychology Research Centre, Deakin University.
- Milani, D. (2005). Síndrome de Down: como, onde, quando, porque. São Paulo: Livro Pronto, 2005.
- Milton, J., Duggan, C., Latham, A., Egan, V. & Tantam, D. (2002). Case history of co-morbid Asperger's syndrome and paraphilic behaviour. *Medicine, Science and the Law*, 42, 237–244.
- 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.
- Murrie, D. C., Warren, J. I., Kristiansson, M., Dietz, P. E. (2002). Asperger's syndrome in forensic settings. *International Journal of Forensic Mental Health*, 1, 59–70.
- Nichols, S., Blakeley-Smith, A. (2009). "I'm not sure we're ready for this ...": working with families toward facilitating healthy sexuality for individuals with autism spectrum disorders. *Social Work in Mental Health*, 8, 72–91.
- Ousley, O. Y., Mesibov, G. B. (1991). Sexual attitudes and knowledge of high-functioning adolescents and adults with autism. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 21, 471–481.

- Ozonoff, S., Pennington, B., & Rogers, S. (1991). Executive functions deficits in high-functioning autistic individuals: relationship to Theory of Mind. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 32(7), 1081-1105.
- 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.
- Rajendran, G., & Mitchell, P. (2007). Cognitive theories of autism. *Developmental Review*, 27, 224-260.
- Ray, F., Marks, C., Bray-Garretson, H. (2004). Challenges to treating adolescents with Asperger's Syndrome who are sexually abusive. *Sexual Addiction & Compulsivity*, 11, 265-285.
- Realmuto, G. M., Ruble, L. A. (1999). Sexual behaviors in autism: problems of definition and management. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 29, 121-127.
- Reiner, W. G. & Gearhart, J. P., 2004. Discordant Sexual Identity in Some Genetic Males with Cloacal Exstrophy Assigned to Female Sex at Birth. *The New England journal of medicine*, 350 (4), 333-341.
- Rescorla, L. A., Achenbach, T., Yvanova, M., Dumenci, L., Almqvist, F. Bilenberg, N., Verhulst, F.(2007a). Behavioral and Emotional Problems Reported by Parents of Children Ages 6 to 16 in 31 Societies. *Journal of Emotional and Behavioral Disorders*, 15, 130-142.
- Rescorla, L., Achenbach, T. M., Ivanova, M. Y., Dumenci, L., Almqvist, F., Bilenberg, N., Verhulst, F. (2007b). Epidemiological comparisons of problems and positive qualities reported by adolescents in 24 countries. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 75, 351-358.

- Rocha, M. M., Rescorla, L. A., Emerich, D. R., Silvaes, E. F. M., Borsa, J. C., Araújo, L. G. S., Assis, S. G. (2013). Behavioural/emotional problems in Brazilian children: findings from parents' reports on the Child Behavior Checklist. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*. Publicação eletrônica antecipada.
DOI: 10.1017/S2045796012000637 .
- 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.
- Rossetti, M. O. (2012). Inventário de comportamentos sexuais da criança: adaptação brasileira e análise de evidências de validade. Dissertação de mestrado, Universidade de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil.
- Rossetti, M. O., Assumpção-Júnior, F. B. (2014). Inventário de comportamentos sexuais da criança: adaptação brasileira e análise de evidências de validade. *Boletim Academia Paulista de Psicologia*, 34 (86), 208-231.
- Ruble, L. A & Dalrymple, M.S. (1993). Social/sexual awareness of persons with autism: a parental perspective. *Archives of Sexual Behavior*, 22, 229–240.
- Rutter, M. (1971). Normal Psychosexual Development. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 11, 259-283.
- Rutter, M. (1996). Autism research: Prospectus and priorities. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 26, 257-275.
- 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.
- Silva, J. A., Ferrari, M. M., Leong, G. B. (2002). The case of Jeffrey Dahmer: sexual serial homicide from a neuropsychiatric developmental perspective. *Journal of Forensic Sciences*, 47, 1347–1359.

- Singh, G., Coffey, B. J. (2012). Sexual obsessions, compulsions, suicidality and homicidality in an adolescent diagnosed with bipolar disorder not otherwise specified, obsessive-compulsive disorder, pervasive developmental disorder not otherwise specified, and mild mental retardation. *Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology*, 22, 250–253.
- Stewart, C.C. (2012). Beyond the call: mothers of children with developmental disabilities responding to sexual abuse. *Journal of Child Sexual Abuse*, 21(6), 701–727.
- Stokes, M., Newton, N., Kaur, A. (2007). Stalking, and social and romantic functioning among adolescents and adults with autism spectrum disorder. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 37, 1969–1986.
- Swango-Wilson, A. (2008). Perception of sex education for individuals with developmental and cognitive disability: a four cohort study. *Sexuality and Disability*, 27(4), 223–228.
- Tager-Flusberg, H. (1981). On the nature of linguistic functioning in early infantile autism. *Journal of Autism Development Disorder*, 11, 45-56.
- Tissot, C. (2009) Establishing a sexual identity. Case studies of learners with autism and learning difficulties. *Autism*, 13, 551–566.
- Tolman, D. L. & McClelland, S. I. (2011). Normative sexuality development in adolescence: a decade in review, 2000–2009. *Journal of Research on Adolescence*, 21, 242–255.
- Van Bourgondien, M. E., Reichle, N. C. & Palmer, A. (1997) Sexual behavior in adults with autism. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 27, 113–125.
- Van Son-Schoones, N., Van Bilsen, P. (1995) Sexuality and autism: a pilot study of parents, health care workers and autistic persons. *International Journal of Adolescent Medicine and Health*, 8, 87–101.
- Vijver, F. V. & Hambleton, R. K. (1996). Translating Tests: some practical guidelines. *European Psychologist*, 1 (2), 89-99.

- Volden, J. & Lord, C. (1991). Neologisms and abnormal functional usage of language in autistic speakers. *Journal of Autism Development Disorder*, 21, 1-22.
- Volkmar F. R.; Klin A.; Marans W. D. & McDougle C. J. (1996). Autistic disorder. Em: Volkmar, F. R. (Org.) *Psychoses and pervasive developmental disorders in childhood and adolescence* (pp. 119-190). Washington: American Psychiatric Press.
- 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.
- Wing, L. (1981) Asperger's syndrome: a clinical account. *Psychological Medicine*, 11(1), 115-129.
- World Health Organization (1993). *International classification of diseases*. 10. ed., Geneve.
- World Health Organization (1985). *Mental Retardation: meeting the challenge*, Geneve.
- 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.
- Zuloaga, D. G., Puts, D. A., Jordan, C. L. e Breedlove, S. M. (2008). The role of androgen receptors in the masculinization of brain and behavior: What we've learned from the testicular feminization mutation. *Hormones and Behavior*, 53, 613–626.

8. APÊNDICES

8.1. APÊNDICE A – APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

INSTITUTO DE PSICOLOGIA
DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Inventário de comportamentos sexuais da criança: normatização brasileira e novas evidências de validade

Pesquisador: Milena de Oliveira Rossetti

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 38199613.5.0000.5561

Instituição Proponente: UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.027.572

Data da Relatoria: 11/05/2015

Apresentação do Projeto:

Projeto de doutorado vinculado ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia Clínica do Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo. Propõe normatizar e buscar novas evidências de validade da versão em língua portuguesa falada no Brasil do Child Sexuality Behavior Inventory - CSBI. Para o processo de normatização a população será composta por 300 mães e/ou responsáveis de crianças com idade entre 2 e 12 anos, matriculadas em instituições de ensino do estado de São Paulo. Para avaliar a validade de critério (concorrente) e constructo (discriminante) do CSBI serão analisadas as pontuações obtidas por mães responsáveis de 30 crianças com Síndrome de Down matriculadas na Associação de Pais e Amigos do Excepcional- APAE de Cotia e de 30 crianças com Transtorno do Espectro do Autista, avaliados pela equipe multidisciplinar do Laboratório Distúrbios de Desenvolvimento do IPUSP e APAE de Cotia, SP. Como grupo controle serão incluídas 30 crianças sem queixas de comportamentos, com desenvolvimento típico, da amostra de normatização. A análise dos dados da validação empírica da versão brasileira do CSBI será feita de forma descritiva e inferencial. Os resultados das pontuações obtidos pelos grupos de estudo de validação serão descritos em termos de medidas de posição central e variabilidade. Análises de variância serão realizadas com as variáveis do tipo idade (agrupada) e gênero para verificar se existem diferenças estatisticamente significantes entre os grupos que comprovem sua

Endereço: Av. Prof. Mello Moraes, 1721 - Bl. "G" sala 27

Bairro: Cidade Universitária

CEP: 05.508-030

UF: SP

Município: SÃO PAULO

Telefone: (11)3091-4182

E-mail: ceph.ip@usp.br

INSTITUTO DE PSICOLOGIA DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO

Continuação do Parecer: 1.027.572

validade empírica.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo primário:

Normalizar a versão em língua portuguesa do Brasil do Child Sexuality Behavior Inventory - CSBI.

Objetivo secundário:

Realizar um estudo exploratório e inferencial a fim de verificar novas propriedades psicométricas do instrumento avaliando:

1. A confiabilidade do instrumento, por meio do índice de consistência interna;
2. 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;
3. Avaliar a validade de constructo do tipo discriminante, para verificar se o instrumento de medida adaptado diferencia, por meio de sua pontuação indivíduos com desenvolvimento atípico.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Pesquisa de baixo risco, uma vez que é realizada com a mãe ou responsável legal pela criança e busca apenas informações objetivas e observáveis acerca de alguns comportamentos da criança. A pesquisadora tomará todas as providências e cautelas para evitar ou reduzir os possíveis danos ao participante, provenientes de sua participação na pesquisa, como atendimento no LADD - Laboratório Distúrbios do Desenvolvimento do IPUSP, para orientação e psicoeducação acerca do desenvolvimento sexual infantil de crianças ou, a depender da queixa, em outros laboratórios do Departamento de Psicologia Clínica do IPUSP para atendimento nos projetos da assistência psicológica.

Benefícios:

Ampliação do conhecimento na área temática e aos responsáveis pela criança, o esclarecimento de dúvidas sobre a sexualidade da criança ao término da entrevista de coleta de dados.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Pesquisa de relevância social com contribuição para o rastreamento de crianças com comportamentos sexuais atípicos indicadores de abuso sexual.

Apresenta fundamentação teórica e justificativa pertinente, objetivos definidos e metodologia adequada.

Endereço: Av. Prof. Mello Moraes, 1721 - Bl. "G" sala 27

Bairro: Cidade Universitária

CEP: 05.508-030

UF: SP

Município: SÃO PAULO

Telefone: (11)3091-4182

E-mail: ceph.ip@usp.br

INSTITUTO DE PSICOLOGIA
DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO

Continuação do Parecer: 1.027.572

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Folha de Rosto preenchida e assinada pela pesquisadora e pelo responsável institucional.

TCLE corrigido atendendo de forma adequada a Resolução 466/12.

Cronograma de execução atualizado.

Recomendações:

Não há.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Sem pendências ou inadequações.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

Se o projeto prevê aplicação de TCLE, todas as páginas do documento deverão ser rubricadas pelo pesquisador e pelo voluntário e a última página assinada por ambos, conforme Carta Circular no 003/2011 da CONEP/CNS.

Salientamos que o pesquisador deve desenvolver a pesquisa conforme delineada no protocolo aprovado. Eventuais modificações ou emendas ao protocolo devem ser apresentadas ao CEPH de forma clara e sucinta, identificando a parte do protocolo a ser modificada e suas justificativas. Lembramos que esta modificação necessitará de aprovação ética do CEPH antes de ser implementada. De acordo com a Res. CNS 466/12, o pesquisador deve apresentar a este CEP/SMS o relatório final do projeto desenvolvido, conforme preenchimento de Protocolo disponível na sessão do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos do IPUSP do site do IPUSP. Em seguida, o protocolo preenchido deverá ser enviado ao CEPH através da Plataforma Brasil, ícone Notificação, logo que o mesmo estiver concluído.

Endereço: Av. Prof. Mello Moraes, 1721 - Bl. "G" sala 27
Bairro: Cidade Universitária CEP: 05.508-030
UF: SP Município: SÃO PAULO
Telefone: (11)3091-4182

E-mail: ceph.ip@usp.br

INSTITUTO DE PSICOLOGIA
DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO

Continuação do Parecer: 1.027.572

SAO PAULO, 17 de Abril de 2015

Assinado por:
FRAULEIN VIDIGAL DE PAULA
(Coordenador)

Endereço: Av. Prof. Mello Moraes, 1721 - Bl. "G" sala 27
Bairro: Cidade Universitária CEP: 05.508-030
UF: SP Município: SAO PAULO
Telefone: (11)3091-4182 E-mail: ceph.ip@usp.br

8.2. APÊNDICE B – Anuência das Instituições Participantes

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
INSTITUTO DE PSICOLOGIA
LABORATÓRIO DE DESENVOLVIMENTO
Av. Prof. Mello Moraes, 721 - Bloco D - CEP: 05507-900

ANUÊNCIA – INSTITUIÇÃO PARTICIPANTE

A medida que as crianças se desenvolvem, elas mudam bastante de comportamento. Certos comportamentos são comuns em determinadas idades, mas não em outras. Esta pesquisa busca entender o desenvolvimento de comportamentos sexuais, perguntando para pais de crianças em diversas idades o que eles observam seus filhos fazendo ou não. Ao tentar entender o que é esperado que cada criança faça em determinada idade, pretendemos poder ajudar crianças que apresentarem atrasos, prematuridades ou dificuldades no desenvolvimento. Isto também pode nos ajudar a identificar situações no ambiente da criança que criam tendências a um desenvolvimento sexual menos sadio.

Nesse sentido, solicitamos autorização dos pais das crianças que frequentam esta instituição para a realização da pesquisa de normas do Inventário de Comportamentos Sexuais da Criança (CSBI). O CSBI é um inventário que avalia a frequência de comportamentos sexuais normativos (normais) com relação à faixa etária e gênero, capaz de identificar alterações no desenvolvimento sexual. A atual pesquisa visa adaptar este instrumento para a realidade brasileira e verificar padrões de comportamentos comuns a diversos estágios do desenvolvimento infantil por meio da coleta de dados junto às e/ou responsáveis de crianças de 2 a 12 anos que frequentam a instituição. A mãe e/ou responsável que concordar em nos auxiliar nesta pesquisa será instruída (o) para responder o CSBI e os outros instrumentos da pesquisa, após a leitura e assinatura deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Neste estudo também está previsto a participação de dois grupos clínicos, um composto por 30 crianças com Síndrome de Down, outro composto por 30 crianças com o Transtorno do Espectro do Autismo, para comparação com crianças com desenvolvimento típico.

Isto deve ocorrer na própria instituição em dia e horário combinado segundo a disponibilidade dos pais ou responsáveis, e a atividade dura cerca de 20 minutos.

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.

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, psiquiatra infantil, coordenador do Laboratório Distúrbios do Desenvolvimento.

Agradecemos à atenção, e contamos com vossa autorização para a realização da pesquisa com as crianças com matrículas nas escolas Magda Pochini Cavinatti e Luciana Gerassi.

Para maiores informações, entre em contato no tel.: (11) 98828-4332 ou 3091-1668, no, falar com Milena de O. Rossetti, pesquisadora responsável pelo estudo.

AUTORIZAÇÃO CONCEDIDA: SIM (X) NÃO ()

RESPONSÁVEL:

Cristiane Mandaiy da Silva

RG: 25.647.340-7

FUNÇÃO:

Secretária de Educação

CONTATO:

972824407

CARIMBO DA INSTITUIÇÃO:

DATA:

**UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
INSTITUTO DE PSICOLOGIA**

LABORATÓRIO DISTÚRBIOS DO DESENVOLVIMENTO

Av. Prof. Mello Moraes, 1721 - Bloco D - CEP: 05507-000

ANUÊNCIA – INSTITUIÇÃO PARTICIPANTE

À medida que as crianças se desenvolvem, elas mudam bastante de comportamento. Certos comportamentos são comuns em determinadas idades, mas não em outras. Esta pesquisa busca entender o desenvolvimento de comportamentos sexuais, perguntando para pais de crianças em diversas idades o que eles observam seus filhos fazendo ou não. Ao tentar entender o que é esperado que cada criança faça em determinada idade, pretendemos poder ajudar crianças que apresentem atrasos, prematuridades ou dificuldades no desenvolvimento. Isto também pode nos ajudar a identificar situações no ambiente da criança que criam tendências a um desenvolvimento sexual menos sadio.

Nesse sentido, solicitamos autorização dos pais das crianças que frequentam esta instituição para a realização da pesquisa de normas do Inventário de Comportamentos Sexuais da Criança (CSBI). O CSBI é um inventário que avalia a frequência de comportamentos sexuais normativos (normais) com relação à faixa etária e gênero, capaz de identificar alterações no desenvolvimento sexual. A atual pesquisa visa adaptar este instrumento para a realidade brasileira e verificar padrões de comportamentos comuns a diversos estágios do desenvolvimento infantil por meio da coleta de dados junto às e/ou responsáveis de crianças de 2 a 12 anos que frequentam a instituição. A mãe e/ou responsável que concordar em nos auxiliar nesta pesquisa será instruída (o) para responder o CSBI e os outros instrumentos da pesquisa, após a leitura e assinatura deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Neste estudo também está previsto a participação de dois grupos clínicos, um composto por 30 crianças com Síndrome de Down, outro composto por 30 crianças com o Transtorno do Espectro do Autismo, para comparação com crianças com desenvolvimento típico.

Isto deve ocorrer na própria instituição em dia e horário combinado segundo a disponibilidade dos pais ou responsáveis, e a atividade dura cerca de 20 minutos.

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.

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, psiquiatra infantil, coordenador do Laboratório Distúrbios do Desenvolvimento.

Agradecemos à atenção, e contamos com vossa autorização para a realização da pesquisa com as crianças com Síndrome de Down e Transtorno do Espectro do Autismo, matriculas na ASSOCIAÇÃO DE PAIS E AMIGOS DO EXCEPCIONAL (APAE), UNIDADE COTIA, situado à R. Euricles Formiga, 50 - Jd. Claudio – Cotia/SP.

Para maiores informações, entre em contato no tel.: (11) 98828-4332 ou 3091-1668, no, falar com Milena de O. Rossetti, pesquisadora responsável pelo estudo.

AUTORIZAÇÃO CONCEDIDA: SIM (☒) NÃO (☐)

RESPONSÁVEL: Antonio Pereira dos Santos

Presidente

RG.: 19.446.225-6

APAE-COTIA

FUNÇÃO: Presidente

CONTATO: (11) 4615-5353

CARIMBO DA INSTITUIÇÃO:

DATA:

APÊNDICE C

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

À medida que as crianças se desenvolvem, elas mudam bastante de comportamento. Certos comportamentos são comuns de serem observados em uma certa idade, mas não tão comuns de serem observados em outras. Esta pesquisa busca entender o desenvolvimento de comportamentos sexuais, perguntando para pais de crianças em diversas idades o que eles observam seus filhos fazendo ou não. Ao tentar entender o que é esperado que cada criança faça em certa idade, pretendemos poder ajudar crianças que apresentem atrasos, prematuridades ou dificuldades em geral no desenvolvimento. Isto também pode nos ajudar a identificar situações no ambiente da criança que criam tendências a um desenvolvimento sexual menos sadio. Nesse sentido, convidamos os pais das crianças que frequentam esta instituição para a realização da pesquisa “Inventário de comportamentos sexuais da criança: normatização brasileira e novas evidências de validade”. Este inventário avalia a frequência de comportamentos sexuais normais com relação à faixa etária e sexo, para a identificação de alterações no desenvolvimento sexual. A atual pesquisa visa adaptar este instrumento para a realidade brasileira e verificar padrões de comportamentos comuns a diversos estágios do desenvolvimento infantil por meio da coleta de dados junto aos responsáveis de crianças de 2 a 12 anos que frequentam a instituição. A mãe e/ou responsável que concordar em nos auxiliar nesta pesquisa será instruída (o) para responder o inventário e os outros instrumentos da pesquisa, após a leitura e assinatura deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Neste estudo está previsto comparações entre grupos de crianças conforme características distintas de desenvolvimento. Isto deve ocorrer na própria instituição em dia e horário combinado segundo a disponibilidade dos pais ou responsáveis, e a atividade dura cerca de 20 minutos. 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. O estudo está vinculado ao Laboratório Distúrbios do Desenvolvimento (LADD) do Programa de Pós-Graduação em Psicologia Clínica do Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo (IPUSP), com a supervisão do Dr. Francisco Baptista Assumpção Junior, psiquiatra infantil, que junto com a pesquisadora responsável por este estudo, a psicóloga Milena de O. Rossetti, tomará todas as providências e cautelas para evitar ou reduzir os possíveis danos ao participante, provenientes de sua participação nessa pesquisa, como atendimento no LADD – para orientação e psicoeducação acerca do desenvolvimento sexual de crianças – ou outros laboratórios do Departamento de Psicologia Clínica do IPUSP, para atendimento nos projetos de assistência psicossocial a depender da queixa. Ressalta-se que a pesquisa não oferece riscos ou desconfortos e o benefício, além da ampliação do conhecimento na área, é o esclarecimento de dúvidas sobre a sexualidade de seu filho ao término da entrevista de coleta de dados da pesquisa. O participante terá o tempo que for necessário para responder a questões, podendo perguntar sempre que tiver alguma dúvida, realizar pausas se necessário e/ou desistir sem responder se assim desejar, e a participação é voluntária, sem custos ou remuneração. Para eventuais dúvidas e esclarecimentos sobre questões éticas entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos do Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo (CEPH-IPUSP), Av. Prof. Mello Moraes 1721, bloco G, sala 27, CEP 05508-030 - Cidade Universitária - São Paulo/SP, tel.: (11) 3091-4182/ e.mail: ceph.ip@usp.br. Agradecemos à atenção, e contamos com sua colaboração para a realização da pesquisa. Para maiores informações, entre em contato com a pesquisadora responsável no tel.: (11) 98828-4332 ou 3091-1668 de 2ª e 3ª feira, Avenida Professor Mello Moraes, 1721, CEP: 05508-030, Cidade Universitária, São Paulo - SP.

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. Todas as minhas dúvidas foram respondidas com clareza e sei que poderei solicitar novos esclarecimentos a qualquer momento através dos telefones (11) 98828-4332 ou 3091-1668 de 2ª e 3ª feira, com Milena de O. Rossetti, pesquisadora responsável pelo estudo. 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, a qualquer momento, entrando em contato nos telefones acima mencionados, sem penalização alguma. Fui certificada(o) de que as informações que fornecerei terão caráter confidencial. Declaro que recebi via 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:.....Noº:..... Apt.:.....CEP:.....

Cidade:.....UF:.....Telefone: (.....)..... Data:

Assinatura da Responsável

Assinatura da Pesquisadora

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 no 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 têm 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. _____				

9. ANEXOS

9.1. ANEXO A – Autorização da editora PAR

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

De: Vicki King [mailto: king@parinc.com]

Enviada em: terça-feira, 1 de fevereiro de 2014 14:31

Para: Milena Rossetti

Assunto: CSBI

Dear Milena,

Consider this letter as our written authorization to proceed with the researches of the Brazilian Portuguese version of the CSBI.

The following credit line must be placed at the bottom of the verso title or similar front page on any and all material used in your research:

"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."

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

9.2.ANEXO B – Avaliação de classe social – Pelotas (Lombardi et al., 1988)

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

burguesia

até 4 empregados e/ou renda inferior a 15 SM

com formação universitária

nova pequena burguesia

sem formação universitária

pequena burguesia tradicional

Classe Social: _____

9.3. ANEXO C - 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.

9.4.ANEXO D

ESCALAS DE COMPORTAMENTO ADAPTATIVO DE VINELAND^R

SARA S. SPARROW, DAVID A. BALLA & DOMENIC V. CICHETTI - **Vineland adaptive behavior scales. Interview Edition - Survey Form.** Circle Pines (MN): American Guidance Service, 1984.

Iniciais: _____

RG-IP: _____ - _____

Data de nascimento: ____/____/____

Data: ____/____/____

DOMÍNIO COMUNICACIONAL

PONTUAÇÃO DE ITENS:		
2	Sim, freqüentemente.	R: Receptiva
1	Algumas vezes ou parcialmente.	E: Expressiva
0	Não, nunca.	W: Escrita
N	Não teve oportunidade.	
DK	Não sabe.	

		R	E	W
<1	1. Dirige o olhar e a cabeça em direção a um som.	()		
	2. Presta atenção ao menos momentaneamente quando o cuidador lhe fala.	()		
	3. Sorri à presença do cuidador.		()	
	4. Sorri à presença de outra pessoa familiar que não o cuidador.		()	
	5. Ergue os braços quando o cuidador lhe diz: "Venha cá" ou "De pé".	()		
	6. Demonstra entender o significado do "não".	()		
	7. Imita os sons dos adultos imediatamente após ouvi-los.		()	
	8. Demonstra entender o significado de ao menos 10 palavras.	()		
1	9. Consegue indicar apropriadamente com gestos "sim", "não" e "eu quero".		()	
	10. Ouve atentamente a comandos.	()		
	11. Demonstra entender o significado de "sim" e "tudo bem".	()		
	12. Segue ordens que requerem uma ação e um objeto.	()		
	13. Aponta corretamente para ao menos uma parte principal do corpo, quando interrogado.	()		
	14. Utiliza os nomes próprios ou apelidos de irmãos, amigos ou colegas, ou responde seus nomes quando interrogado.		()	
	15. Utiliza frases contendo um substantivo e um verbo, ou dois substantivos.		()	
	16. Nomeia ao menos 20 objetos familiares sem precisar ser interrogado. NÃO PONTUE 1.		()	
	17. Escuta uma história por pelo menos 5 minutos.	()		

	18. Indica preferência quando submetido a uma escolha.		()	
2	19. Diz ao menos 50 palavras compreensíveis. NÃO PONTUE 1.		()	
	20. Relata espontaneamente experiências em linguagem simples.		()	
	21. Dá um recado simples.		()	
	22. Usa frases de 4 ou mais palavras.		()	
	23. Aponta corretamente para todas as partes do corpo quando interrogado. NÃO PONTUE 1.	()		
	24. Diz ao menos 100 palavras compreensíveis. NÃO PONTUE 1.		()	
	25. Utiliza frases completas.		()	
	26. Usa "um(a)" e "o(a)" em frases.		()	
	27. Segue ordens na forma "se/então".	()		
	28. Diz seu nome e sobrenome quando interrogado.		()	
	29. Faz perguntas usando "O que", "Aonde", "Quem", "Por que" e "Quando". NÃO PONTUE 1.		()	
3, 4	30. Diz qual de dois objetos é maior sem a presença dos mesmos.		()	
	31. Relata detalhadamente experiências quando interrogado.		()	
	32. Usa "atrás" ou "entre" como preposição numa frase.		()	
	33. Usa "ao redor de" como preposição numa frase.		()	
	34. Usa frases contendo "mas" e "ou".		()	
	35. Articula palavras claramente, sem trocas de fonemas.		()	
	36. Conta histórias populares, contos de fadas, piadas mais longas ou trechos de "shows" televisivos.		()	
5	37. Cita todas as letras do alfabeto de memória.			()
	38. Lê ao menos três sinais comuns.			()
	39. Diz o dia e mês de seu aniversário quando interrogado.		()	
	40. Usa plurais irregulares.		()	
6	41. Desenha ou escreve seu próprio nome e sobrenome.			()
	42. Diz seu número de telefone quando interrogado. N PODE SER PONTUADO.		()	
	43. Diz seu endereço completo, incluindo cidade e estado, quando interrogado.		()	
	44. Lê ao menos 10 palavras em voz alta ou em silêncio.			()
	45. Desenha ou escreve ao menos 10 palavras de memória.			()
	46. Expressa suas idéias em mais de uma maneira, sem ajuda.		()	
	47. Lê em voz alta histórias simples.			()
7, 8	48. Desenha ou escreve sentenças simples de 3 ou 4 palavras.			()
	49. Assiste a uma aula por pelo menos 15 minutos.	()		
	50. Lê por iniciativa própria.			()
	51. Lê livros pelo menos da 2ª série.			()
	52. Ordena itens ou palavras alfabeticamente pela primeira letra.			()
	53. Desenha ou escreve pequenos recados ou mensagens.			()
9	54. Explica itinerários complexos aos outros.		()	

	55. Escreve cartas rudimentares. NÃO PONTUE 1.			()
	56. Lê livros pelo menos da 4ª série.			()
	57. Escreve em letra de mão a maior parte do tempo. NÃO PONTUE 1.			()
10 a 18+	58. Usa um dicionário.			()
	59. Usa a relação do conteúdo em material de leitura.			()
	60. Escreve relatórios ou redações. NÃO PONTUE 1.			()
	61. Endereça envelopes corretamente.			()
	62. Usa o índice em material de leitura.			()
	63. Lê histórias de jornais adultos. N PODE SER PONTUADO.			()
	64. Tem objetivos realísticos a longo-prazo e descreve com detalhes estratégias para atingí-los.		()	
	65. Escreve cartas elaboradas.			()
	66. Lê jornais adultos ou magazines semanais. N PODE SER PONTUADO.			()
	67. Escreve cartas comerciais. NÃO PONTUE 1.			()

1.				SOMA:
2.				Nº N:
3.				Nº DK:
	R	E	W	Pontuação geral subdomínio:

DOMÍNIO ATIVIDADES DA VIDA COTIDIANA

PONTUAÇÃO DE ITENS:		
2	Sim, frequentemente.	P: Pessoal
1	Algumas vezes ou parcialmente.	D: Doméstica
0	Não, nunca.	C: Comunidade
N	Não teve oportunidade.	
DK	Não sabe.	

		P	D	C
<1	1. Demonstra perceber a chegada de mamadeira, seio materno ou comida.	()		
	2. Abre a boca diante da colher com comida.	()		
	3. Remove a comida da colher com a boca.	()		
	4. Engole ou mastiga bolachas.	()		
	5. Ingere comida sólida.	()		
1	6. Bebe de xícara ou copo sem auxílio.	()		
	7. Alimenta-se com auxílio de colher.	()		
	8. Demonstra entender que coisas quentes são perigosas.			()
	9. Indica que está molhado apontando, falando ou puxando a fralda.	()		
	10. Bebe por um canudo.	()		
	11. Permite que o cuidador enxugue seu nariz.	()		

	12. Alimenta-se com auxílio de garfo.	()		
	13. Tira casaco com abertura frontal, suéter ou camiseta sem auxílio.	()		
2	14. Alimenta-se com colher sem derramar.	()		
	15. Demonstra interesse em se trocar quando muito molhado ou sujo.	()		
	16. Urina na privada ou no penico.	()		
	17. Toma banho sem auxílio.	()		
	18. Evacua na privada ou no penico.	()		
	19. Pede para usar o banheiro.	()		
	20. Coloca roupas removíveis com faixas de ajuste.	()		
	21. Demonstra entender a função do dinheiro.			()
	22. Livra-se de seus haveres quando solicitado.		()	
3	23. Não urina nas vestes à noite.	()		
	24. Bebe água da torneira sem auxílio.	()		
	25. Escova os dentes sem auxílio. NÃO PONTUE 1.	()		
	26. Demonstra entender a função do relógio, convencional ou digital.			()
	27. Auxilia com mais tarefas se solicitado.		()	
	28. Lava e enxuga o rosto sem auxílio.	()		
	29. Põe os sapatos nos pés corretos sem auxílio.	()		
	30. Atende o telefone adequadamente. N PODE SER PONTUADO.			()
	31. Veste-se completamente, exceto amarrar sapatos.	()		
4	32. Chama ao telefone a pessoa solicitada, ou avisa que esta não se encontra. N PODE SER PONTUADO.			()
	33. Arruma a mesa das refeições sem auxílio.		()	
	34. Toma todas as providências quando vai ao banheiro, sem precisar ser lembrado e sem auxílio. NÃO PONTUE 1.	()		
	35. Olha para ambos os lados antes de atravessar rua ou avenida.			()
	36. Tira roupas limpas sem auxílio quando solicitado.		()	
	37. limpa seu nariz sem auxílio. NÃO PONTUE 1.	()		
	38. Limpa mesa com objetos frágeis.		()	
	39. enxuga-se com toalha sem auxílio.	()		
	40. Fecha todos os fechos. NÃO PONTUE 1.	()		
5	41. Ajuda na preparação de alimentos que necessitam misturar e cozinhar		()	
	42. Demonstra entender que é perigoso aceitar carona, comida ou dinheiro de estranhos.			()
	43. Dá laço em cadarço de sapato sem auxílio.	()		
	44. Toma banho sem auxílio. NÃO PONTUE 1.	()		
	45. Olha para ambos os lados e atravessa a rua ou avenida sozinho(a).			()
	46. Cobre a boca e o nariz quando tosse ou espirra.	()		
6	47. Usa colher, garfo e faca corretamente. NÃO PONTUE 1.	()		
	48. Inicia chamadas telefônicas para outrem. N PODE SER			()

	PONTUADO.			
	49. Obedece placas de trânsito e sinais de "Pare" e "Ande". N PODE SER PONTUADO.			()
	50. Veste-se completamente, incluindo amarrar sapatos e fechar fechos. NÃO PONTUE 1.	()		
	51. Arruma sua cama quando solicitado.		()	
	52. Diz o dia da semana quando solicitado.			()
	53. Ajusta o cinto de segurança sem ajuda. N PODE SER PONTUADO.			()
7	54. Sabe o valor de cada moeda.			()
	55. Usa ferramentas básicas.		()	
	56. Identifica direita e esquerda nos outros.			()
	57. Arruma a mesa sem auxílio quando solicitado.		()	
8	58. Varre, esfrega ou passa o aspirador com cuidado, sem auxílio, quando solicitado.		()	
	59. Usa números de telefone de emergência em emergências. N PODE SER PONTUADO.			()
	60. Pede seu próprio prato num restaurante. N PODE SER PONTUADO.			()
	61. Diz a data de hoje se interrogado.			()
	62. Veste-se antecipando mudanças no tempo sem precisar ser advertido.	()		
	63. Evita pessoas com doenças contagiosas, sem precisar ser advertido.	()		
9, 10	64. Fala a hora com intervalos de 5 minutos.			()
	65. Cuida do cabelo sem precisar ser lembrado e sem auxílio. NÃO PONTUE 1.	()		
	66. Usa fogão ou forno de microondas para cozinhar.		()	
	67. Usa produtos de limpeza doméstica adequada e corretamente.		()	
11, 12	68. Confere corretamente o troco numa compra que custe mais de um real.			()
	69. Usa o telefone para todo tipo de chamadas, sem auxílio. N PODE SER PONTUADO.			()
	70. Cuida de suas unhas sem auxílio e sem precisar ser advertido. NÃO PONTUE 1.	()		
	71. Prepara alimentos que necessitam misturar e cozinhar, sem auxílio.		()	
13, 14, 15	72. Usa telefone público. N PODE SER PONTUADO.			()
	73. Arruma seu quarto sem precisar ser lembrado.		()	
	74. Economiza e já comprou ao menos um brinquedo.			()
	75. Zela por sua própria saúde.	()		
16	76. Ganha mesada regularmente.			()
	77. Arruma sua cama e troca os lençóis rotineiramente. NÃO PONTUE 1.		()	
	78. Limpa outros aposentos que não o seu regularmente, sem necessitar solicitação.		()	

	79. Realiza tarefas rotineiras de manutenção e reparos domésticos sem precisar de solicitação.		()	
17 a 18+	80. Costura botões, caseados e ganchos nas roupas quando solicitado.		()	
	81. Faz orçamentos para despesas mensais.			()
	82. Cuida de seu dinheiro sem auxílio.			()
	83. Planeja e prepara o prato principal do dia sem auxílio.		()	
	84. Chega ao serviço na hora.			()
	85. Toma conta de suas roupas sem precisar ser lembrado. NÃO PONTUE 1.		()	
	86. Notifica seu supervisor se vai se atrasar para chegar.			()
	87. Notifica seu supervisor se vai se ausentar por doença.			()
	88. Faz orçamentos para despesas mensais.			()
	89. Faz as próprias bainhas e outras alterações sem precisar ser advertido.		()	
	90. Obedece limites de tempo para café e almoço no trabalho.			()
	91. assume trabalho em tempo integral com responsabilidade. NÃO PONTUE 1.			()
	92. Tem conta bancária e a movimenta com responsabilidade.			()

1.				SOMA:
2.				Nº N:
3.				Nº DK:
	P	D	C	Pontuação geral subdomínio:

DOMÍNIO SOCIALIZAÇÃO

PONTUAÇÃO DE ITENS:		
2	Sim, frequentemente.	IR: Relações Inter-pessoais PLT: Brincar e Lazer CS: Habilidades Sociais
1	Algumas vezes ou parcialmente.	
0	Não, nunca.	
N	Não teve oportunidade.	
DK	Não sabe.	

		IR	PLT	CS
<1	1. Olha para o rosto do cuidador.	()		
	2. Reage à voz do cuidador ou de outra pessoa.	()		
	3. Distingue o cuidador dos outros.	()		
	4. Demonstra interesse em objetos ou pessoas novas.		()	
	5. Expressa duas ou mais emoções compreensíveis como prazer, tristeza, medo ou aflição.	()		
	6. Antecipa-se ao sinal de que vai ser pego ao colo pelo cuidador.	()		
	7. Demonstra afeição para com pessoas familiares.	()		
	8. Demonstra interesse em outras crianças que não seus irmãos.		()	
	9. Dirige-se a pessoa conhecida.	()		
	10. Brinca com brinquedo ou outro objeto só ou acompanhado.		()	
	11. Participa de jogos simples de interação com outras crianças.		()	
	12. Utiliza objetos domésticos para brincar.		()	
	13. Demonstra interesse nas atividades dos outros.		()	
	14. Imita movimentos simples dos adultos, como bater palmas ou acenar um adeus, em resposta a um modelo.	()		
1, 2	15. Ri e sorri adequadamente em resposta a estímulos positivos.	()		
	16. Identifica ao menos duas pessoas familiares pelo nome.	()		
	17. demonstra desejo de agradar o cuidador.	()		
	18. Participa de ao menos uma atividade ou jogo em grupo.		()	
	19. Imita uma tarefa relativamente complexa várias horas após ter sido realizada por alguém.	()		
	20. Imita frases de adultos ouvidas em ocasiões prévias.	()		
	21. Empenha-se em criar situações de "faz-de-conta", só ou acompanhado.		()	
3	22. Demonstra preferência por alguns amigos em detrimento de outros.	()		
	23. Diz "Por favor" ao pedir algo.			()
	24. Qualifica felicidade, tristeza, medo e raiva em si mesmo.	()		

	25. Identifica pessoas por características outras que não o nome, quando solicitado.	()		
4	26. Compartilha brinquedos e objetos sem necessitar solicitação.		()	
	27. Nomeia um ou mais programas favoritos de televisão quando solicitado, e diz em que dias e canais os programas são apresentados. N PODE SER PONTUADO.		()	
	28. Segue regras em jogos simples sem precisar ser lembrado.		()	
	29. Tem um amigo predileto de qualquer sexo.	()		
	30. Segue as regras e rotinas escolares.			()
5	31. reage verbalmente e positivamente ao bom resultado dos outros.	()		
	32. Pede perdão por erros involuntários.			()
	33. Tem um grupo de amigos.	()		
	34. Segue as regras da comunidade.			()
6	35. Joga mais de um jogo de mesa ou jogo de baralho que necesite habilidade e decisão.		()	
	36. Não fala com a boca cheia.			()
	37. Tem um amigo do peito do mesmo sexo.	()		
	38. Reage adequadamente quando apresentado a alguém.			()
7, 8	39. Faz ou compra pequenos presentes para o cuidador ou membro da família em datas festivas, por iniciativa própria.	()		
	40. Mantém segredos e confidências por mais de um dia.			()
	41. Devolve brinquedos, objetos ou dinheiro emprestado de um colega e devolve livros emprestados à biblioteca.			()
	42. Termina a conversa adequadamente.			()
9	43. Segue limites de tempo impostos pelo cuidador.			()
	44. Evita perguntas ou comentários que possam embaraçar ou magoar os outros.			()
	45. Controla raiva e mágoa quando lhe é negado.			()
	46. Mantém segredos e confidências tanto quanto for apropriado.			()
10, 11	47. Comporta-se adequadamente à mesa sem precisar ser advertido. NÃO PONTUE 1.			()
	48. Assiste TV ou ouve rádio em busca de informação sobre uma área de interesse em particular. N PODE SER PONTUADO.		()	
	49. Vai à escola noturna ou eventos fechados com amigos, quando acompanhado de um adulto. N PODE SER PONTUADO.		()	
	50. Pesa as consequências das ações antes de tomar decisões com independência.			()
	51. Pede perdão por erros em seu julgamento.			()
12, 13, 14	52. Lembra datas de aniversário de membros próximos da família e amigos em particular.	()		
	53. Inicia conversas sobre tópicos de especial interesse	()		

	para os outros.			
	54. Tem um "hobby".		()	
	55. Devolve dinheiro emprestado do cuidador.			()
15 a 18+	56. Reage a alusões e indiretas durante a conversação.	()		
	57. Participa de esportes extra-curriculares. N PODE SER PONTUADO.		()	
	58. Assiste TV ou ouve rádio para informações práticas e cotidianas. N PODE SER PONTUADO.		()	
	59. Agenda e respeita agendamentos.			()
	60. Assiste TV ou ouve rádio buscando notícias independentemente. N PODE SER PONTUADO.		()	
	61. Vai à escola noturna ou eventos fechados com amigos, sem acompanhamento de um adulto. N PODE SER PONTUADO.		()	
	62. Sai à noite com amigos, sem supervisão de um adulto.		()	
	63. Pertence a uma organização social ou de serviços, grupo de interesses ou clube organizado de adolescentes mais velhos.	()		
	64. Vai com uma só pessoa do sexo oposto a festas ou eventos públicos onde muitas pessoas estarão presentes.	()		
	65. Sai em grupos de dois ou três casais.	()		
	66. Sai para encontros a sós.	()		

1.				SOMA:
2.				Nº N:
3.				Nº DK:
	IR	PLT	CS	Pontuação geral subdomínio:

DOMÍNIO HABILIDADES MOTORAS

PONTUAÇÃO DE ITENS:		
2	Sim, frequentemente.	G: Grosseira
1	Algumas vezes ou parcialmente.	F: Fina
0	Não, nunca.	
N	Não teve oportunidade.	
DK	Não sabe.	

		G	F
<1	1. Mantém a cabeça ereta pelo menos 15 segundos sem auxílio quando sustentado verticalmente pelos braços do examinador.	()	
	2. Senta com apoio por pelo menos 1 minuto.	()	
	3. Agarra pequenos objetos com as mãos, de qualquer jeito.		()
	4. Transfere objetos de uma mão para a outra.		()
	5. Agarra pequenos objetos com o polegar e os dedos.		()
	6. Soergue-se para a posição sentada e mantém a posição por pelo menos 1 minuto.	()	

	7. Engatinha pelo chão sobre as mãos e os joelhos, sem encostar a barriga no chão.	()	
	8. Abre portas que só necessitam ser empurradas ou puxadas.		()
1	9. Rola uma bola enquanto sentado.	()	
	10. Anda com o objetivo de explorar os arredores.	()	
	11. Sobe e desce da cama ou de uma cadeira grande.	()	
	12. Sobe em brinquedos baixos.	()	
	13. Rabisca com lápis, crayon ou giz em superfícies.		()
2	14. Sobe escadas, apoiando os dois pés em cada degrau.	()	
	15. Desce escada de frente, apoiando os dois pés em cada degrau.	()	
	16. Corre graciosamente, com mudanças de velocidade e direção.	()	
	17. Abre portas, girando e empurrando maçanetas.		()
	18. Pula sobre objetos pequenos.	()	
	19. Atarracha e desatarracha a tampa de um pote..		()
	20. Pedala triciclo ou outro veículo de três rodas por pelo menos três pés. N PODE SER PONTUADO.	()	
	21. Mantém-se sobre um só pé, enquanto se segura em outra pessoa ou objeto estável, sem cair.	()	
	22. Constrói estruturas em três dimensões, com no mínimo 5 blocos.		()
	23. Abre e fecha tesoura com uma mão.		()
3, 4+	24. Desce escada sem auxílio, alternando os pés.	()	
	25. Sobe em brinquedos altos.	()	
	26. Recorta papel com tesoura.		()
	27. Salta em um pé só pelo menos três vezes sem perder o embalo. NÃO PONTUE 1.	()	
	28. Completa quebra-cabeça de pelo menos 6 peças. NÃO PONTUE 1.		()
	29. Desenha mais de uma forma identificável com lápis ou crayons.		()
	30. Recorta papel seguindo uma linha com a tesoura.		()
	31. Usa a borracha sem rasgar o papel.		()
	32. Pula em um pé só com facilidade. NÃO PONTUE 1.	()	
	33. Destranca fechaduras.		()
	34. Recorta figuras complexas com tesoura.		()
	35. Apanha bola pequena arremessada de uma distância de 10 pés, mesmo que necessite se mover para isso.	()	
	36. Anda numa bicicleta sem rodinhas de segurança, sem cair. N PODE SER PONTUADO.	()	

1.			SOMA:
2.			Nº N:
3.			Nº DK:
	G	F	Pontuação geral subdomínio:

DOMÍNIO COMPORTAMENTO DISRUPTIVO

PONTUAÇÃO DE ITENS:	
2	Sim, freqüentemente.
1	Algumas vezes ou parcialmente.
0	Não, nunca.
N	Não teve oportunidade.
DK	Não sabe.

PARTE 1

1. Suga polegar ou dedos.	()
2. É dependente demais.	()
3. Esconde-se.	()
4. Urina na cama.	()
5. Apresenta distúrbio alimentar.	()
6. Apresenta distúrbio do sono.	()
7. Rói unhas.	()
8. Evita a escola ou o trabalho.	()
9. Demonstra acentuada ansiedade.	()
10. Apresenta tiques.	()
11. Chora ou ri muito facilmente.	()
12. Tem pouco contato com o olhar.	()
13. Apresenta infelicidade excessiva.	()
14. Range dentes durante o dia ou a noite.	()
15. É muito impulsivo.	()
16. Pouca capacidade de prestar atenção e concentração.	()
17. É demasiadamente ativo.	()
18. Tem crises de birra.	()
19. É negativista ou desafiador.	()
20. Atormenta ou ameaça.	()
21. Demonstra falta de consideração.	()
22. Mente, trapaceia ou rouba.	()
23. É fisicamente muito agressivo.	()
24. Sua em situações inapropriadas.	()
25. Foge.	()
26. É teimoso ou mal-humorado.	()
27. É gazeteiro na escola ou trabalho.	()

PARTE 2

INTENSIDADE CIRCUNDE UMA DELAS

		GRAVE	MODERADO
28. Envolva-se em comportamento sexual inadequado.	()	S	M
29. Tem preocupações excessivas ou peculiares com objetos ou atividades.	()	S	M
30. Expressa pensamentos que não são sensatos.	()	S	M
31. Demonstra maneirismos ou hábitos extremamente	()	S	M

peculiares.			
32. Apresenta comportamentos lesivos contra si mesmo.	()	S	M
33. Destroi intencionalmente propriedade própria ou alheia.	()	S	M
34. Apresenta discurso bizarro.	()	S	M
35. Alheia-se do que se passa ao seu redor.	()	S	M
36. Balança o ronco para frente e para trás quando sentado ou parado.	()	S	M

SOMA (PARTE 1 e 2):

9.5. ANEXO E

ESCALA DE TRAÇOS AUTÍSTICOS (Assumpção Jr, et al., 2008)

I. DIFICULDADE NA INTERAÇÃO SOCIAL

O desvio da sociabilidade pode oscilar entre formas leves como, por exemplo, um certo negativismo e a não aceitação do contato ocular, até formas mais graves, como um intenso isolamento.

1. Não sorri ; 2. Ausência de aproximações espontâneas; 3. Não busca companhia;
4. Busca constantemente seu cantinho (esconderijo); 5. Evita pessoas; 6. É incapaz de manter um intercâmbio social; 7. Isolamento intenso

II. MANIPULAÇÃO DO AMBIENTE

O problema da manipulação do ambiente pode apresentar-se a nível mais ou menos grave, como, por exemplo, não responder às solicitações e manter-se indiferente ao ambiente. O fato mais comum é a manifestação brusca de crises de birra passageira, risos incontroláveis e sem motivo, tudo isso com o fim de conseguir ser o centro da atenção

1. Não responde às solicitações; 2. Mudança repentina de humor; 3. Mantém-se indiferente, sem expressão; 4. Risos compulsivos; 5. Birra e raiva passageira;
6. Excitação motora ou verbal (ir de um lugar a outro, falar sem parar)

III. UTILIZAÇÃO DAS PESSOAS A SEU REDOR

A relação que mantém com o adulto quase nunca é interativa, dado que normalmente utiliza-se do adulto como o meio para conseguir o que deseja.

1. Utiliza-se do adulto como um objeto, levando-o até aquilo que ele deseja; 2. O adulto lhe serve como apoio para conseguir o que deseja (p.ex.: utiliza o adulto como apoio para pegar bolacha); 3. O adulto é o meio para suprir uma necessidade que não é capaz de realizar só (p.ex.: amarrar sapatos); 4. Se o adulto não responde as suas demandas, atua interferindo na conduta desse adulto.

IV. RESISTÊNCIA À MUDANÇA

A resistência à mudança pode variar da irritabilidade até a franca recusa.

1. Insistente em manter a rotina; 2. Grande dificuldade em aceitar fatos que alteram sua rotina, tais como mudanças de lugar, de vestuário e na alimentação;
3. Apresenta resistência a mudanças, persistindo na mesma resposta ou atividade

V. BUSCA DE UMA ORDEM RÍGIDA

Manifesta tendência a ordenar tudo, podendo chegar a uma conduta de ordem obsessiva, sem a qual não consegue desenvolver nenhuma atividade.

1. Ordenação dos objetos de acordo com critérios próprios e pré-estabelecidos;
2. Prende-se a uma ordenação espacial (Cada coisa sempre em seu lugar);
3. Prende-se a uma sequência temporal (Cada coisa em seu tempo);
4. Prende-se a uma correspondência pessoa-lugar (Cada pessoa sempre no lugar determinado)

VI. FALTA DE CONTATO VISUAL. OLHAR INDEFENIDO

A falta de contato pode variar desde um olhar estranho até o constante evitar dos estímulos visuais

1. Desvia os olhares diretos, não olhando nos olhos;
2. Volta a cabeça ou o olhar quando é chamado (olhar para fora);
3. Expressão do olhar vazio e sem vida;
4. Quando segue os estímulos com os olhos, somente o faz de maneira intermitente;
5. Fixa os objetos com uma olhada periférica, não central;
6. Dá a sensação de que não olha

VII. MÍMICA INEXPRESSIVA

A inexpressividade mímica revela a carência da comunicação não verbal. Pode apresentar desde uma certa expressividade até uma ausência total de resposta.

1. Se fala, não utiliza a expressão facial, gestual ou vocal com a frequência esperada;
2. Não mostra uma reação antecipatória;
3. Não expressa através da mímica ou olhar aquilo que quer ou o que sente;
4. Imobilidade facial

VIII. DISTÚRBIOS DE SONO

Quando pequeno dorme muitas horas e, quando maior, dorme poucas horas, se comparado ao padrão esperado para a idade. Esta conduta pode ser constante, ou não.

1. Não quer ir dormir;
2. Se levanta muito cedo;
3. Sono irregular (em intervalos);
4. Troca o dia pela noite;
5. Dorme muito poucas horas.

IX. ALTERAÇÃO NA ALIMENTAÇÃO

Pode ser quantitativa e/ou qualitativa. Pode incluir situações, desde aquela em que a criança deixa de se alimentar até aquela em que se opõe ativamente.

1. Seletividade alimentar rígida (ex.: come o mesmo tipo de alimento sempre);
2. Come outras coisas além de alimentos (papel, insetos);
3. Quando pequeno não mastigava;
4. Apresenta uma atividade ruminante;
5. Vômitos;
6. Come grosseiramente, esparrama a comida ou a atira;
7. Rituais (esfarela alimentos antes da ingestão);
8. Ausência da paladar (Falta de sensibilidade gustativa)

X. DIFICULDADE NO CONTROLE DOS ESFÍNCTERES

O controle dos esfíncteres pode existir, porém a sua utilização pode ser uma forma de manipular ou chamar a atenção do adulto.

1. Medo de sentar-se no vaso sanitário;
2. Utiliza os esfíncteres para manipular o adulto;
3. Utiliza os esfíncteres como estimulação corporal, para obtenção de prazer;
4. Tem controle diurno, porém o noturno é tardio ou ausente

XI. EXPLORAÇÃO DOS OBJETOS (APALPAR, CHUPAR)

Analisa os objetos sensorialmente, requisitando mais os outros órgãos dos sentidos em detrimento da visão, porém sem uma finalidade específica

1. Morde e engole objetos não alimentares; 2.Chupa e coloca as coisas na boca; 3.Cheira tudo; 4.Apalpa tudo. Examina as superfícies com os dedos de uma maneira minuciosa

XII. USO INAPROPRIADO DOS OBJETOS

Não utiliza os objetos de modo funcional, mas sim de uma forma bizarra.

1. Ignora os objetos ou mostra um interesse momentâneo; 2.Pega, golpeia ou simplesmente os atira no chão; 3.Conduta atípica com os objetos (segura indiferentemente nas mãos ou gira); 4.Carrega insistentemente consigo determinado objeto; 5.Se interessa somente por uma parte do objeto ou do brinquedo; 6.Coleciona objetos estranhos; 7.Utiliza os objetos de forma particular e inadequada

XIII. FALTA DE ATENÇÃO

Dificuldades na fixação e concentração. Às vezes, fixa a atenção em suas próprias produções sonoras ou motoras, dando a sensação de que se encontra ausente.

1. Quando realiza uma atividade, fixa a atenção por curto espaço de tempo ou é incapaz de fixá-la; 2.Age como se fosse surdo; 3.Tempo de latência de resposta aumentado; 4.Entende as instruções com dificuldade (quando não lhe interessa, não as entende); 5.Resposta retardada; 6.Muitas vezes dá a sensação de ausência

XIV. AUSÊNCIA DE INTERESSE PELA APRENDIZAGEM

Não tem nenhum interesse por aprender, buscando solução nos demais. Aprender representa um esforço de atenção e de intercâmbio pessoal, é uma ruptura em sua rotina.

1. Não quer aprender; 2.Se cansa muito depressa, ainda que em atividade que goste; 3.Esquece rapidamente; 4.Insiste em ser ajudado, ainda que saiba fazer; 5.Insiste constantemente em mudar de atividade

XV. FALTA DE INICIATIVA

Busca constantemente a comodidade e espera que lhe dêem tudo pronto. Não realiza nenhuma atividade funcional por iniciativa própria.

1. É incapaz de ter iniciativa própria; 2.Busca a comodidade; 3.Passividade, falta de interesse; 4.Lentidão; 5.Prefere que outro faça o trabalho para ele

XVI. ALTERAÇÃO DE LINGUAGEM E COMUNICAÇÃO

É uma característica fundamental do autismo, que pode variar desde um atraso de linguagem até formas mais severas, com uso exclusivo de fala particular e estranha.

1. Mutismo; 2.Estereotípias vocais; 3.Entonação incorreta; 4.Ecolalia imediata e/ou retardada; 5.Repetição de palavras ou frases que podem ou não ter valor comunicativo; 6.Emite sons estereotipados quando está agitado e em outras ocasiões, sem nenhuma razão aparente; 7.Não se comunica por gestos; 8.As interações com adulto não são nunca um diálogo

XVII. NÃO MANIFESTA HABILIDADES E CONHECIMENTOS

Nunca manifesta tudo aquilo que é capaz de fazer ou agir, no que faz referência a seus conhecimentos e habilidades, dificultando a avaliação dos profissionais.

1. Ainda que saiba fazer uma coisa, não a realiza, se não quiser; 2.Não demonstra o que sabe até que tenha uma necessidade primária ou um interesse iminentemente específico; 3.Aprende coisas, porém somente a demonstra em determinados lugares e com determinadas pessoas; 4. Às vezes surpreende por suas habilidades inesperadas

XVIII. REAÇÕES INAPROPRIADAS ANTE A FRUSTRAÇÃO

Manifesta desde o aborrecimento à reação de cólera, ante a frustração.

1. Reações de desagrado caso seja esquecida alguma coisa; 2.Reações de desagrado caso seja interrompida alguma atividade que goste; 3.Desgostoso quando os desejos e as expectativas não se cumprem; 4.Reações de birra

XIX NÃO ASSUME RESPONSABILIDADES

Por princípio, é incapaz de fazer-se responsável, necessitando de ordens sucessivas para realizar algo.

1. Não assume nenhuma responsabilidade, por menor que seja; 2.Para chegar a fazer alguma coisa, há que se repetir muitas vezes ou elevar o tom de voz

XX. HIPERATIVIDADE/ HIPOATIVIDADE

A criança pode apresentar desde agitação, excitação desordenada e incontrolada, até grande passividade, com ausência total de resposta. Estes comportamentos não tem nenhuma finalidade.

1. A criança está constantemente em movimento; 2.Mesmo estimulada, não se move; 3.Barulhento. Dá a sensação de que é obrigado a fazer ruído/barulho; 4.Vai de um lugar a outro, sem parar; 5.Fica pulando (saltando) no mesmo lugar; 6.Não se move nunca do lugar onde está sentado

XXI. MOVIMENTOS ESTEREOTIPADOS E REPETITIVOS

Ocorrem em situações de repouso ou atividade, com início repentino.

1. Balanceia-se; 2.Olha e brinca com as mãos e os dedos; 3.Tapa os olhos e as orelhas; 4.Dá pontapés; 5.Faz caretas e movimentos estranhos com a face; 6.Roda objetos ou sobre si mesmo; 7.Caminha na ponta dos pés ou saltando, arrasta os pés, anda fazendo movimentos estranhos; 8.Torce o corpo, mantém uma postura desequilibrada, pernas dobradas, cabeça recolhida aos pés, extensões violentas do corpo

XXII. IGNORA O PERIGO

Expõe-se sem ter consciência do perigo

1.Não se dá conta do perigo; 2.Sobe em todos os lugares; 3.Parece insensível a dor

XXIII. APARECIMENTO ANTES DOS 36 MESES (DSM-IV)

9.6.ANEXO F

Childhood Autism Rating Scale – CARS (Pereira, Riesgo, & Wagner, 2008)**NOME:****SEXO:****IDADE:****DN:****DATA DA AVALIAÇÃO:****RESULTADO:**

RESULTADO POR ITEM															
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	T

RESULTADO FINAL	
Normal: 15 – 29,5	
Autismo leve/ moderado: 30 – 36,5	
Autismo grave: acima de 37	

1 - RELACIONAMENTO INTER-PESSOAL	
Pontos	Sintomas
1	Sem evidência de dificuldade ou anormalidade: comportamento adequado para a idade. Pode existir timidez, inquietude, mas em níveis similares ao observados em crianças da mesma idade.
1,5	
2	Anormalidade Leve: A criança evita olhar o adulto nos olhos e demonstra dificuldades quando é forçado a tal; extremamente tímido; dificuldades no trato social com os adultos, quando comparado aos de sua idade; agarra-se mais intensamente aos familiares que os demais.
2,5	
3	Anormalidade Moderada: Em certos momentos, a criança se isola. Necessita reforço persistente para manter sua atenção. Pouca iniciativa para contatos e contato impessoal.
3,5	
4	Anormalidade Grave: Isola-se de fato, não percebendo o que o adulto faz; nunca responde às iniciativas do adulto ou inicia um contato. Apenas tentativas intensas para chamar sua atenção tem algum efeito positivo.

2 - IMITAÇÃO	
Pontos	Sintomas
1	Adequada: Imita sons, palavras e movimentos próprios de sua etapa de desenvolvimento.
1,5	
2	Anormalidade leve: Imita comportamentos simples, tais como: bater palmas, falar palavras isoladamente. Às vezes reproduz um gesto após certo tempo de latência.

2,5	
3	Anormalidade Moderada: Só imita às vezes e, mesmo assim, após grande insistência e auxílio do adulto. Reproduz com frequência e atraso a imitação de alguns gestos.
3,5	
4	Anormalidade Grave: Imita sons, palavras e gestos dos adultos muito raramente e com grande latência no tempo, ou nunca.

3 - RESPOSTA EMOCIONAL	
Pontos	Sintomas
1	Adequada para cada situação e de acordo com sua idade: Emocionalmente mostra sintonia entre as expressões faciais, posturas corporais e comportamento.
1,5	
2	Anormalidade Leve: Ocasionalmente demonstra alguma inadequação na forma e intensidade de suas reações emocionais. Algumas reações não se relacionam a objetos ou acontecimentos do entorno.
2,5	
3	Anormalidade Moderada: Presença definitiva de sinais inapropriados, na forma e intensidade, de suas reações emocionais que podem ser inibidas, exageradas e, algumas vezes, sem relação com as situações vividas no momento. Faz caretas, ri ou fica parado sem que existam acontecimentos que justifiquem tais reações.
3,5	
4	Anormalidade Grave: Raramente as respostas emocionais são adequadas às situações. Difícil a mudança de humor, mesmo que se mudem as condições que o geraram. Grande diversidade de reações emocionais em espaços curtos de tempo, sem que ocorram mudanças no meio que as justifiquem.

4 - EXPRESSÃO CORPORAL	
Pontos	Sintomas
1	Adequada: Movimentação fácil, agilidade e coordenação em acordo com a idade.
1,5	
2	Anormalidade Leve: Peculiaridades menores podem estar presentes, tais como: movimentos desajeitados, coordenação pobre, ou presença de movimentos inusitados (descritos no próximo item).
2,5	
3	Anormalidade Moderada: Comportamento nitidamente estranhos, inusitados nas outras crianças de sua idade. Posturas peculiares dos dedos (serpenteamentos) ou do corpo, fenômenos de auto-agressão, balanceios, movimentos giratórios, contorcionismos, andar na ponta dos pés, etc.
3,5	
4	Anormalidade Grave: os movimentos descritos no item anterior podem estar presentes de maneira persistente, a despeito de tentativas persistentes de modificar seu comportamento corporal e podem persistir mesmo durante o tempo em que se envolve com algumas atividades.

5 - USO DE OBJETOS	
Pontos	Sintomas
1	Uso e interesse adequados: A criança demonstra interesse adequado em brinquedos e outros objetos relacionados ao seu nível de desenvolvimento. Há uso funcional dos brinquedos.
1,5	
2	Anormalidade Leve: Demonstra um interesse menor pelos brinquedos além de manipulação e uso inadequado dos mesmos (golpeia os objetos ou leva à boca).
2,5	
3	Anormalidade Moderada: Pouco interesse pelos brinquedos e objetos em geral e seu uso é pouco funcional. Pode interessar-se muito particularmente por uma parte do brinquedo, ficar fascinado pelo reflexo da luz sobre o objeto, ou eleger apenas e exclusivamente um certo objeto, excluindo os demais. Esse comportamento pode ser parcial e temporariamente modificável.
3,5	
4	Anormalidade Grave: Pode apresentar os sintomas descritos no item anterior com maior intensidade e frequência. É difícil distrair sua atenção quando está "ocupada" com essas atividades inadequadas e muito difícil modificar o uso inadequado dos objetos.

6 - ADAPTAÇÃO A MUDANÇAS	
Pontos	Sintomas

1	Sem anormalidade: Apesar da criança notar e comentar sobre as mudanças de rotina, há uma aceitação sem grandes distúrbios.
1,5	
2	Anormalidade Leve: Quando o adulto tenta modificar algumas rotinas, a criança continua com a mesma atividade ou no uso dos mesmos materiais, mas pode ficar facilmente "confusa", assim como aceitar a mudança. Ex: fica muito agitada quando é levada a uma padaria diferente/ o caminho para a escola é mudado, mas acalma-se facilmente.
2,5	
3	Anormalidade Moderada: Há resistência a mudanças de rotina. Há uma tentativa de persistir na atividade costumeira e é difícil acalmá-la: ficam raivosos ou tristes quando há modificação.
3,5	
4	Anormalidade Grave: Quando ocorrem mudanças, a criança apresenta reações graves, que são difíceis de serem eliminadas. Se são forçadas a modificarem a rotina, podem ficar extremamente irritadas/raivosas ou não cooperativas e talvez respondam com birras.

7 - USO DO OLHAR	
Pontos	Sintomas
1	Sem Anormalidade: O uso do olhar é normal para a idade. A visão é usada junto com os outros sentidos, como a audição e o tato, como forma de explorar os objetos.
1,5	
2	Anormalidade Leve: A criança precisa ser lembrada de vez em quando para olhar para os objetos. A criança pode estar mais interessada em olhar para espelhos e luzes que outras crianças da mesma idade, ou ficar olhando para o espaço de forma vaga. Pode haver evitação do olhar.
2,5	
3	Anormalidade Moderada: A criança precisa ser lembrada a olhar o que está fazendo. Podem ficar olhando para o espaço de forma vaga; evitação do olhar; olhar para objetos de modo peculiar; colocar objetos muito próximos aos olhos apesar de não terem déficit visual.
3,5	
4	Anormalidade Grave: Há uma persistente recusa em olhar para pessoas ou certos objetos e podem apresentar outras peculiaridades no uso do olhar em graus extremos como os descritos acima.

8 - USO DA AUDIÇÃO	
Pontos	Sintomas
1	Sem Anormalidade: O uso da audição é normal para a idade. A audição é usada junto com os outros sentidos, como a visão e o tato.
1,5	
2	Anormalidade Leve: Pode haver falta de resposta a certos sons, assim como uma hiper-reatividade. Às vezes, a reação é atrasada; às vezes, é necessário a repetição de um determinado som para "ativar" a atenção da criança. A criança pode apresentar uma resposta catastrófica a sons estranhos a ela.
2,5	
3	Anormalidade Moderada: A resposta aos sons pode variar: ignorá-los das primeiras vezes, ficar assustado com sons de seu cotidiano, tampar os ouvidos.
3,5	
4	Anormalidade Grave: Há uma sub- ou hiper-reatividade aos sons, de uma forma extremada, independentemente do tipo de som.

9 - USO DO PALADAR, OLFATO E TATO	
Pontos	Sintomas
1	Sem Anormalidade: A criança explora novos objetos de acordo com a idade, geralmente através dos sentidos. O paladar e o olfato são usados apropriadamente quando o objeto é percebido como comível. Quando há dor resultante de batida, queda ou pequenos machucados, a criança expressa seu desconforto, mas sem uma reação desmedida.
1,5	
2	Anormalidade Leve: A criança persiste no levar e manter objetos na boca, em discrepância de outras da mesma idade. Pode cheirar ou colocar na boca, de vez em quando, objetos não comestíveis. A criança pode ignorar ou reagir de forma exacerbada a um beliscão ou alguma dor leve que numa criança normal seria expressa de forma adequada (leve).

2,5	
3	Anormalidade Moderada: Pode haver um comportamento de grau moderado de tocar, cheirar, lamber objetos ou pessoas. Pode haver uma reação não habitual à dor em grau moderado, assim como sub- ou hiper-reação.
3,5	
4	Anormalidade Grave: Há um comportamento de cheirar, colocar na boca, ou pegar objetos – pela sensação em si – sem o objetivo de exploração do objeto. Pode haver uma completa falta de resposta à dor, assim como uma hiper-reação a algo que é só levemente desconfortável.

10 - MEDO E NERVOSISMO	
Pontos	Sintomas
1	Sem Anormalidade: O comportamento é apropriado à idade e situação da criança.
1,5	
2	Anormalidade Leve: De vez em quando a criança demonstra medo e nervosismo que é levemente inapropriado (para mais ou menos) quando comparado a outras de mesma idade.
2,5	
3	Anormalidade Moderada: A criança apresenta um pouco mais ou um pouco menos de medo que uma criança normal, mesmo quando comparada a outra de menor idade colocada em situação idêntica. Pode ser difícil entender o que está causando o comportamento de medo apresentado, assim como é difícil confortá-la nesta situação.
3,5	
4	Anormalidade Grave: Há manutenção do medo mesmo após repetidas experiências de esperado bem-estar. Na consulta de avaliação a criança pode estar amedrontada sem razão aparente. É extremamente difícil acalmá-la. Pode também não apresentar medo/ sentido de auto-conservação a cachorros não conhecidos, a riscos da rua e trânsito, como outras que as da mesma idade evitam.

11 - COMUNICAÇÃO VERBAL	
Pontos	Sintomas
1	Normal: Fala adequada para sua faixa etária.
1,5	
2	Anormalidade Leve: Atraso global da fala; conteúdo verbal significativo na maior parte podendo, entretanto, existir ecolalia ou inversão pronominal em relação ao esperado para sua idade. Usa algumas palavras peculiares e ocasionalmente há jargonofasia.
2,5	
3	Anormalidade Moderada: Eventualmente não fala. Quando presente a comunicação verbal mistura conteúdo significativo com fala peculiar, jargões, comerciais de TV, jogo de futebol, reportagem sobre o tempo; ecolalia; inversão pronominal. Mesmo quando tem significado, o discurso se caracteriza por questionamentos em excesso e preocupações com tópicos específicos.
3,5	
4	Anormalidade Grave: Não há fala significativa, a criança grunhe e emite sons que lembram animais; pode até emitir sons mais complexos que se aproximam da fala humana. Pode haver uso persistente, bizarro, de algumas palavras ou frases.

12 - COMUNICAÇÃO NÃO VERBAL	
Pontos	Sintomas
1	Normal: Comunicação adequada para sua faixa etária e às situações.
1,5	
2	Anormalidade Leve: Uso imaturo da comunicação não verbal, apontando ou mostrando sem precisão o que quer, diferentemente de uma criança de sua idade que aponta com maior precisão e usa gestos mais significativos.
2,5	
3	Anormalidade Moderada: De regra a criança é incapaz de exprimir suas necessidades e desejos através de gestos assim como também é incapaz de entender os gestos dos outros. Agarram a mão dos adultos, levando-os ao objeto desejado, sendo incapazes de mostrá-lo através de gestos.
3,5	
4	Anormalidade Grave: Usa apenas gestos bizarros e peculiares sem significado aparente. Parecem não conhecer o significado de gestos ou expressões faciais de terceiros.

13 - ATIVIDADE	
Pontos	Sintomas
1	Normal: Apropriada para a situação e para a idade cronológica.
1,5	
2	Anormalidade Leve: Pode existir alguma inquietude ou lentidão de movimentos. Seu grau de atividade interfere de maneira leve na <i>performance</i> da criança. É possível mantê-la com um nível de atividade adequado.
2,5	
3	Anormalidade Moderada: Apresenta-se inquieta e com dificuldades para ficar quieta. Aparenta enorme energia, não querendo parar para dormir. Pode ainda ser letárgica e exigir grandes esforços para modificar esse comportamento. Costumam evitar jogos que exijam atividade física, passando por "preguiçosos".
3,5	
4	Anormalidade Grave: Níveis de atividades extremas variando do hiper ao hipo e c/ facilidade em passar de um a outro nível. Difícil de manipular. A hiperatividade, quando presente, manifesta-se em todas as atividades do cotidiano, exigindo acompanhamento contínuo. Se hipoativa, é difícil motivá-la para qualquer coisa.

14 - GRAU E CONSISTÊNCIA DAS RESPOSTAS DA INTELIGÊNCIA	
Pontos	Sintomas
1	Normal: A criança é inteligente, como qualquer criança normal de sua idade, não se detectando inabilidades ou problemas.
1,5	
2	Anormalidade Leve: A criança não é tão inteligente como outra de sua idade e, quanto às suas habilidades, apresenta atraso global e homogêneo em todas as áreas.
2,5	
3	Anormalidade Moderada: De regra é uma criança não tão inteligente quanto os de sua idade porém, em algumas áreas, seu desempenho intelectual situa-se próximo ao normal.
3,5	
4	Anormalidade Grave: mesmo com uma inteligência inferior ao de uma criança normal destaca-se, até mesmo com bom desempenho, em algumas áreas, como por ex. : talento p/ música, facilidade com números.

15 - IMPRESSÃO GERAL	
Pontos	Sintomas
1	Não há autismo. A criança não apresentou nenhum sintoma característico de autismo.
1,5	
2	Autismo Leve: alguns, poucos, sintomas ou grau leve de autismo.
2,5	
3	Autismo Moderado : vários sintomas de autismo.
3,5	
4	Autismo Grave: muitos sintomas de autismo.