

**LUCAS DANNILO ARAGÃO GUIMARÃES**



**CONSTRUÇÃO E EVIDÊNCIAS DE VALIDADE DA  
ESCALA DE REAÇÕES TRAUMÁTICAS A EVENTOS ESTRESSORES (ERTES)**

**APOIO:**



**CAMPINAS, SP**

**JULHO DE 2017**

**LUCAS DANNILO ARAGÃO GUIMARÃES**

**CONSTRUÇÃO E EVIDÊNCIAS DE VALIDADE DA  
ESCALA DE REAÇÕES TRAUMÁTICAS A EVENTOS ESTRESSORES (ERTES)**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* em Psicologia da Universidade São Francisco (USF), Área de concentração em Avaliação Psicológica, para obtenção do título de Doutor em Psicologia.

Orientador: Prof. Dr. Makilim Nunes Baptista.

**CAMPINAS, SP**

**JULHO DE 2017**

P155.48  
G979c      Guimarães, Lucas Dannilo Aragão.  
                  Construção e evidências de validade da escala de  
                  reações traumáticas a eventos estressores (ERTES) /  
                  Lucas Dannilo Aragão Guimarães. -- Campinas, 2017.  
                  151 f.

                  Tese (Doutorado) – Programa de Pós-Graduação  
                  *Stricto Sensu* em Psicologia da Universidade São  
                  Francisco.

                  Orientação de: Makilim Nunes Baptista.

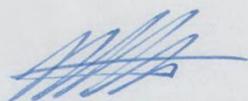
                  1. Abuso sexual infantil. 2. Reações traumáticas.  
                  3. Evidências de validade. 4. Eventos estressores.  
                  5. Avaliação psicológica. I. Baptista, Makilim Nunes.  
                  II. Título.

                  Oliveira. I I. Título.



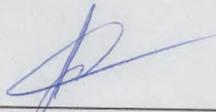
UNIVERSIDADE SÃO FRANCISCO  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO *STRICTO SENSU*  
EM PSICOLOGIA

Lucas Dannilo Aragão Guimarães defendeu a tese "CONSTRUÇÃO E EVIDÊNCIAS DE VALIDADE DA ESCALA DE REAÇÕES TRAUMÁTICAS A EVENTOS ESTRESSORES (ERTES)" aprovada pelo Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* em Psicologia da Universidade São Francisco em 23 de junho de 2017 pela Banca Examinadora constituída por:



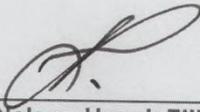
---

**Prof. Dr. Makilim Nunes Baptista**  
Presidente



---

**Prof. Dr. Lucas de Francisco Carvalho**  
Examinador



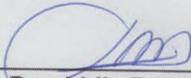
---

**Prof. Dr. Nelson Hauck Filho**  
Examinador



---

**Prof. Dr. Lélío Moura Lourenço**  
Examinador



---

**Profa. Dra. Lidia Rosalina Folgueira Castro**  
Examinadora

## DEDICATÓRIA

Primeiramente a Deus, ser de infinita generosidade e compaixão, que (trans)forma e modifica o caminho diariamente de todos os que nele acreditam.

À minha mãe, Rosa Maria Aragão Fontenele, que influenciou diretamente em minha trajetória de vida, com sua luta árdua e diária para fazer seus filhos “grandes pessoas”.

Ao meu pai, José Danilo Guimarães Rocha, que colaborou com minha formação acadêmica e pessoal, sempre acreditando em grandes “sonhos” de futuro aos seus filhos.

A minha família que sempre acreditou e influenciou diretamente no avançar de cada etapa de vida e superação de obstáculos e desafios.

A todas as crianças e adolescentes vítimas de abuso sexual, que permitiram “abrir” seus mundos e compartilhar suas vivências e experiências fortemente marcadas por este grave fator de interferência no desenvolvimento saudável e ajustável.

## AGRADECIMENTOS

Aos serviços de assistência a vítimas de abuso sexual que colaboraram com a autorização desta pesquisa, em especial aos psicólogos da Secretaria Municipal de Trabalho, Cidadania e Assistência Social (SEMTCAS) do município de Teresina-PI e da Secretária Municipal de Desenvolvimento Social (SEMDES) do município de Timon-MA; aos psicólogos Tatiana Dourado (município de Caxias-MA), Kennya Martins (município de Teresina-PI), Silvana da Silva Costa (município de Chapadinha-MA), Jaqueline Oliveira Caires (município de Anicuns-GO), Catiana Moura (município de Salvador-BA), Ivan de Oliveira (município de Itajaí-SC), Monalisa Costa Barros de Araújo (município de Esperantina-PI), Alciângela Bernardes (município de Macapá-AP).

Às amigas do Tribunal de Justiça do Maranhão (TJ-MA) e Assistentes Sociais Fabrina Meirelles, Hellyayne Moura e Kelles Ane Martins que dividiram “olhares” sobre os danos e efeitos do abuso sexual em relação à prática pericial no contexto judiciário.

A todos os amigos de fé, irmãos e irmãs, que colaboraram comigo em vários momentos da pesquisa, em especial a Ana Valéria Lopes Lemos, Raquel Silveria Oliveira Fontenele, Fabrina Meirelles, Otávio Brito, Nara Cíntia Alves Cordeiro, Ariela Raíssa Lima Costa e Ananias Queiroga (estimado amigo de USF), com o qual compartilhei momentos cruciais de doutorado.

À Psicóloga Ilana Arêa Leão que mostrou apoio incondicional e humano durante momentos árduos e difíceis de caminhada neste processo de minha pesquisa, bem como nas redescobertas deste objeto de estudo.

Às minhas alunas Brunna Lamar, Amanda Cortês, Sandra Amélia Furtado de Farias, Marisa Rocha, Ingride Santos e Akyse Silva por colaborarem com o processo de coleta de dados e a Vanessa Cordeiro pela colaboração com o suporte informatizado. Meu obrigado a todas que gentilmente se dispuseram a contribuir com o mundo da pesquisa e da vida acadêmica.

Aos professores da Universidade São Francisco (USF) que colaboraram e inspiraram o meu amadurecimento profissional e científico, em especial, aos Professores Dr. Lucas Francisco de Carvalho, Dr. Cláudio Garcia Capitão, Dr. Cristian Zanon, Dra. Anna Elisa de Vilemor-Amaral, Dra. Ana Paula Porto Noronha. Meu muito obrigado pelo saber compartilhado com tanto entusiasmo e pelas inspirações para o desenvolvimento das pesquisas em Avaliação Psicológica no Brasil!

Às Grandes Profissionais do Núcleo de Pós-Graduação, Ana Lucia Pereira da Silva Minutti e Ana Paula Chrispim, que colaboraram tecnicamente e mostraram o sentimento de cuidado e atenção com questões burocráticas e administrativas. Sou muito grato a vocês!

Aos membros da Banca Examinadora de Qualificação, Profa. Dra. Sônia Liane Reichert Rovinski, Profa. Dra. Evani Zambon Marques da Silva, Prof. Dr. Nelson Hauck Filho e Prof. Dr. Lucas de Francisco Carvalho, que avaliaram construtivamente e ofereceram excelentes contribuições para o desenvolvimento final da ERTES.

Ao meu orientador Prof. Dr. Makilim Nunes Baptista que mostrou, ao longo de toda minha jornada de doutoramento, muita paciência, cuidado, competências sócio-emocionais e intelectuais para tornar o resultado de sua orientação um trabalho de importante valor acadêmico, social e humano. Meu muito obrigado Mak!

“Pois não existe nada escondido que não venha a ser revelado, ou oculto que não venha a ser conhecido”

Lucas 12:2,3

GUIMARÃES, L. D. A. (2017). *Construção e evidências de validade da Escala de Reações Traumáticas a Eventos Estressores (ERTES)*. Tese de doutorado, Programa de Pós-Graduação Stricto Sensu em Psicologia, Universidade São Francisco, Campinas-SP.

O abuso sexual mostra-se como um fator adverso de vida com importantes interferências no ajustamento psicossocial de crianças e adolescentes vitimizados, o que torna sua avaliação e mensuração um aspecto de importante relevância profissional e científica. A construção da Escala de Reações Traumáticas a Eventos Estressores (ERTES) objetivou representar uma importante medida de apoio a avaliação psicológica de vítimas de abuso sexual e seus estudos de evidências de validade mostraram ser um instrumento útil para discriminar reações traumáticas de vítimas e não-vítimas de abuso sexual. Participaram da pesquisa 353 crianças e adolescentes que compuseram o grupo de vítimas de abusos sexual, de ambos os sexos e com idades variando de 8 a 17 anos (77,9% sexo feminino; idade média de 12,15 anos e DP = 2,64), e 457 crianças e adolescentes, de ambos os sexos e com idades variando de 8 a 17 anos (45,7% meninas; M = 12,73 anos; DP = 1,79), que compuseram o grupo normativo. As evidências de validade de conteúdo foram aferidas por três juízes na área de Psicologia Jurídica e Avaliação Psicológica, por meio do teste de Kappa e mostraram resultados favoráveis acima de 80% de concordância. As evidências de validade com base na estrutura interna foram verificadas por Análise Fatorial Exploratória, parâmetros de TRI e DIF e por meio da consistência interna da escala, os quais confirmaram bons resultados para 5 dimensões da ERTES e excelentes resultados de consistência interna da escala e parâmetros de ajuste da escala. As evidências de validade com base em grupo critério foram confirmadas pela diferença de média entre grupo normativo e grupo de vítimas de abuso sexual e mostraram excelentes resultados para a escala total e seus fatores. As evidências de validade com base em variáveis externas foram aferidas por meio de variáveis associadas ao abuso sexual, variáveis associadas a eventos estressores/traumáticos variados, variáveis correlatas como indicadores de depressão, suporte social e cognições traumáticas e mostraram resultados favoráveis para o grupo de vítimas. A partir das evidências de validade investigadas, confirmaram-se boas propriedades psicométricas para o uso da ERTES com vítimas de abuso sexual, assim como sua capacidade de discriminar grupo de vítimas e não-vítimas. Sugerem-se pesquisas futuras para investigar as evidências de validade em crianças e adolescentes expostos a traumas de outras naturezas, como abuso físico, negligência e violência psicológica.

**Palavras-chave:** abuso sexual infantil; reações traumáticas; evidências de validade; eventos estressores; avaliação psicológica.

GUIMARÃES, L. D. A. (2017). *Construction and evidence of validity of the Scale of Traumatic Reactions to Stressor Events (ERTES)*. PhD Thesis, Stricto Sensu Post-Graduation Program in Psychology, Universidade São Francisco, Campinas-SP.

Sexual abuse appears to be an adverse life factor with important interferences in the psychosocial adjustment of victimized children and adolescents, which makes their evaluation and measurement an aspect of important professional and scientific relevance. The construction of the Traumatic Stress Reaction Scale (ERTES) was intended to represent an important measure of support for the psychological evaluation of victims of sexual abuse and its studies of evidence of validity have proved to be a useful tool to discriminate traumatic reactions of victims and non-victims of sexual abuse. A total of 353 children and adolescents who comprised the group of victims of sexual abuse of both sexes and aged between 8 and 17 years (77.9% female, mean age 12.15 years and  $SD = 2,64$ ) and 457 children and adolescents of both sexes, ranging from 8 to 17 years old (45.7% girls,  $M = 12.73$  years,  $SD = 1.79$ ), who composed the normative group. Evidence of content validity was measured by three judges in the area of Legal Psychology and Psychological Assessment, using the Kappa test and showed favorable results above 80% of agreement. Evidence of validity based on the internal structure was verified by Exploratory Factor Analysis, TRI and DIF parameters and by internal consistency of the scale and confirmed good results for 5 dimensions of ERTES, as well as excellent consistency result and scale adjustment parameters. Evidence of validity based on group criteria was confirmed by the difference in mean between normative group and group of victims of sexual abuse and showed excellent results for the full scale and its factors. Evidence of validity based on external variables was measured using variables associated with sexual abuse, variables associated with various stressor / traumatic events, correlated variables such as depression indicators, social support and traumatic cognitions, and showed favorable results for the group of victims. From the evidences of validity investigated, good psychometric properties were confirmed for the use of ERTES with victims of sexual abuse, as well as their ability to discriminate between victims and non-victims. Future research is suggested to investigate evidence of validity in children and adolescents exposed to other traumas, such as physical abuse, neglect, and psychological violence.

**Keywords:** child sexual abuse; traumatic reactions; evidence of validity; events stressors; psychological assessment.

GUIMARÃES, L. D. A. (2017). *Construcción y evidencia de validez de la Escala de Reacciones Traumáticas a los Eventos Estresores (ERTES)*. Tesis de doctorado, Programa de Postgrado Stricto Sensu en Psicología, Universidad San Francisco, Campinas-SP.

El abuso sexual se muestra como un factor adverso de vida con importantes interferencias en el ajuste psicosocial de niños y adolescentes victimizados, lo que hace su evaluación y medición un aspecto de importante relevancia profesional y científica. La construcción de la Escala de reacciones traumáticas a eventos estresores (ERTES) objetivó representar una importante medida de apoyo a la evaluación psicológica de víctimas de abuso sexual y sus estudios de evidencias de validez mostraron ser un instrumento útil para discriminar reacciones traumáticas de víctimas y no víctimas De abuso sexual. En la investigación participaron 353 niños y adolescentes que compusieron el grupo de víctimas de abusos sexual, de ambos sexos y con edades que oscilaban de 8 a 17 años (77,9% sexo femenino, edad media de 12,15 años y DP = 2, Y 457 niños y adolescentes, de ambos sexos y con edades variando de 8 a 17 años (45,7% niñas, M = 12,73 años, DP = 1,79), que compusieron el grupo normativo. Las evidencias de validez de contenido fueron evaluadas por tres jueces en el área de Psicología Jurídica y Evaluación Psicológica, por medio del test de Kappa y mostraron resultados favorables por encima del 80% de concordancia. Las evidencias de validez con base en la estructura interna fueron verificadas por Análisis Factorial Exploratorio, parámetros de TRI y DIF y por medio de la consistencia interna de la escala y confirmaron buenos resultados para 5 dimensiones de ERTES, así como excelente resultado de consistencia Interna de la escala y parámetros de ajuste de la escala. Las evidencias de validez basadas en criterios de grupo se confirmaron por la diferencia de promedio entre grupo normativo y grupo de víctimas de abuso sexual y mostraron excelentes resultados para la escala total y sus factores. Las evidencias de validez basadas en variables externas fueron evaluadas a través de variables asociadas al abuso sexual, variables asociadas a eventos estresores/traumáticos variados, variables correlatas como indicadores de depresión, soporte social y cogniciones traumáticas y mostraron resultados favorables para El grupo de víctimas. A partir de las evidencias de validez investigadas, se confirmaron buenas propiedades psicométricas para el uso de ERTES con víctimas de abuso sexual, así como su capacidad de discriminar a grupos de víctimas y no víctimas. Se sugieren investigaciones futuras para investigar las evidencias de validez en niños y adolescentes expuestos a traumas de otras naturalezas, como abuso físico, negligencia y violencia psicológica.

**Palabras clave:** Abuso sexual infantil; Reacciones Traumáticas; Evidencias de validez; Eventos estresores; Evaluación Psicológica.

## SUMÁRIO

Lista de Tabelas.....	11
Lista de Figuras .....	12
Lista de Abreviaturas e símbolos .....	13
Lista de Anexos.....	14
Introdução.....	15
1.1 Definições de abuso sexual.....	18
1.2 Epidemiologia do abuso sexual .....	22
2 Modelos teóricos relacionados ao trauma em crianças e adolescentes vítimas de abuso sexual.....	26
2.1 Reações Traumáticas em vítimas de abuso sexual: fundamentos teóricos e bases empíricas.....	27
2.2 Fundamentos teóricos do Modelo de Dinâmicas Traumatogênicas .....	29
Artigo 1 .....	36
Instrumentos de medida de reações traumáticas em crianças e adolescentes vítimas de abuso sexual.....	36
Introdução .....	36
Método.....	39
Material e Procedimentos .....	39
Resultados.....	40
Discussão .....	54
Considerações.....	55
Referências .....	56
Artigo 2 .....	62
Escala de Reações Traumáticas a Eventos Estressores (ERTES): construção e evidências de validade .....	62
Introdução.....	63
Método.....	68
Construção dos itens .....	68
Participantes.....	69
Procedimentos e análise de dados.....	69
Resultados.....	71
Discussão.....	78

Considerações .....	82
Referências .....	83
Artigo 3 .....	88
Evidências de validade da Escala de Reações Traumáticas a Eventos Estressores (ERTES) .	88
Introdução .....	89
Método.....	94
Participantes .....	94
Instrumentos.....	95
Procedimentos de coleta e cuidados éticos .....	99
Procedimentos de análises de dados .....	100
Resultados.....	100
Discussão .....	107
Considerações finais .....	110
Referências .....	111
Considerações finais.....	118
Referências .....	121
Anexos.....	127

## Lista de Tabelas

### Artigo 1

<i>Tabela 1.</i> Características dos instrumentos psicométricos relacionados à aspectos do MDT e do TEPT destinados a vítimas de abuso sexual.....	52
<i>Tabela 1.</i> (cont.).....	53

### Artigo 2

<i>Tabela 1.</i> Estrutura fatorial final da ERTES pelo método MRFA e comunalidades .....	74
<i>Tabela 1.</i> (cont.) .....	75
<i>Tabela 2.</i> Parâmetros de ajustes de itens e das pessoas .....	77

### Artigo 3

<i>Tabela 1.</i> Correlações entre a ERTES e seus fatores para grupo normativo e de vítimas de abuso sexual.....	100
<i>Tabela 2.</i> Resultados dos Testes t realizado com grupos normativos e de vítimas de abuso sexual .....	101
<i>Tabela 3.</i> Diferenças de média da ERTES em relação às características do abuso sexual por sexo.....	102
<i>Tabela 4.</i> Diferenças de média da ERTES em relação à exposição a eventos estressores/traumáticos diversos por sexo.....	103
<i>Tabela 5.</i> Correlações da ERTES e seus fatores com variáveis correlatas .....	106

## Lista de Figuras

### Artigo 1

*Figura 1.* Seleção dos estudos pelos critérios de inclusão/exclusão..... 42

### Artigo 2

*Figura 1.* Scree Plot da ERTES ..... 72

### **Lista de Abreviaturas e símbolos**

AS (Abuso Sexual)

DT (Dinâmicas Traumatogênicas)

MDT (Modelo de Dinâmicas Traumatogênicas)

TEPT (Transtorno de Estresse Pós-Traumático)

## Lista de Anexos

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) .....	132
Termo de Assentimento Livre e Esclarecido (TALE) .....	133
Questionário sócio-demográfico (QSD).....	134
Questionário de características do abuso sexual e exposição a eventos estressores .....	136
Escala de Reações Traumáticas a Eventos Estressores (ERTES) .....	140
Escala Baptista de Avaliação da Depressão – Infantojuvenil (EBADEP-IJ).....	146
Escala de Percepção do Suporte Social (EPSUS) .....	149
Inventário de Cognições Traumáticas infantis (CPTCI) .....	151
Bateria de Indicadores da Depressão Infantojuvenil (BAID-IJ) .....	152
Aprovação do Projeto de Pesquisa pelo Comitê de Ética .....	160

## Introdução

O abuso sexual (AS) contra crianças e adolescentes tem sido um dos temas mais investigados nas pesquisas sobre desenvolvimento humano (Carr, 2006). Em função de não ser um evento previsto no decorrer da vida de uma criança ou adolescente, ao menos na maior parte dos contextos culturais, muitas têm sido as abordagens sobre este assunto. Considerando que a prática profissional do psicólogo prescinde de aprofundamentos sobre temas que não são apenas próprios de cada especialidade, as insuficiências de conhecimentos teóricos sobre o AS ainda são obstáculos em alguns contextos profissionais. A esse respeito, destaca-se a prática da avaliação psicológica realizada no contexto forense, pela perícia psicológica.

Na perspectiva da perícia psicológica, conhecer os aspectos que cercam o abuso sexual de meninos e meninas é ir além do que “aparentemente” possa estar relatado nas falas e discursos, ou mesmo possa estar ausente nos comportamentos e atitudes. A compreensão clínica dessas demandas deve oferecer condições para que os instrumentos no uso pericial sejam válidos e passíveis de achados fidedignos (Rovinski, 2007). Isso amplia a responsabilidade do psicólogo que trabalha com esta demanda, haja vista que o resultado da avaliação irá subsidiar decisões que terão implicações sobre a vida de pessoas, famílias e grupos sociais.

Embora já se conheça muito sobre alguns aspectos do AS, em pesquisas internacionais, como seus principais efeitos ao longo da vida, variáveis mediadoras e métodos de tratamento, ainda existem na literatura controvérsias sobre que métodos de mensuração são mais eficazes para a avaliação e o diagnóstico deste tipo de violência (Hulme, 2004). Na prática psicológica pericial, esta demanda oferece um grande fator limitante para rastreamento, identificação e mensuração dimensional das alterações psicológicas e comportamentais mais significativas em meninos e meninas vitimizados.

Quanto ao uso de instrumentos psicométricos, menciona-se que no cenário brasileiro não existe nenhum para uso na prática profissional que seja específico e com evidências de

validade para mensuração dos principais sinais do AS. Comercializado para rastreamento dos sinais da violência doméstica, o Inventário de Frases no Diagnóstico de Violência contra Crianças e Adolescentes (IFVD) mostra-se como o único inventário de autorrelato capaz de abarcar uma série de violências no contexto doméstico (maus-tratos físicos, negligência, violência psicológica e abuso sexual). No entanto, este inventário não se aplica a avaliação específica de vítimas de AS, principalmente se o perpetrador for extrafamiliar. Isto porque seu uso é generalizado para quaisquer tipos de maus-tratos perpetrados contra crianças e adolescentes no contexto doméstico (Tardivo, 2010).

Face ao exposto, a presente pesquisa tem como finalidade a construção e busca de evidências de validade para a Escala de Reações Traumáticas a Eventos Estressores (ERTES), em função da necessidade de uso de um instrumento destinado às demandas peculiares ao abuso sexual e que possa ser utilizado na prática forense. A ERTES é proposta como resultado da vivência profissional do autor deste projeto, junto às vítimas de abuso sexual envolvidas em processos judiciais, as quais em muitos casos prescindem de compreensão psicológica e formulações analíticas sobre aspectos contextuais e clínicos, que irão subsidiar decisões do magistrado e de outros operadores do direito.

Destaca-se que o objetivo desta pesquisa é construir e realizar os estudos de evidências de validade da ERTES. São propostos para este fim, estudos de busca de evidências de validade de conteúdo dos itens já construídos, assim como de validade com base em grupo critério, validade com base na estrutura interna e de validade com base em variáveis externa, por meio de validade convergente e discriminante. A ERTES foi construída como instrumento de autorrelato destinado a mensuração de reações traumáticas de meninos e de meninas, que foram vítimas de AS, com idade entre 8 e 16 anos. Estes itens são representativos de crenças e emoções associados à experiência do abuso sexual, segundo formulações teóricas propostas pelo Modelo das Dinâmicas Traumatogênicas (MDT), proposto Finkelhor e Browne, (1985), e por alterações

clínicas associadas ao modelo teórico cognitivo do Transtorno do Estresse Pós-Traumático (TEPT).

A ERTES é uma escala psicométrica com 80 itens de autorrelato, desenvolvida para sujeitos de 8 a 16 anos, que sofreram abuso sexual. Os itens devem ser marcados após a leitura da instrução: “Responda cada frase e marque a frequência de alguns pensamentos, emoções e comportamentos”, em uma escala Likert de 4 pontos, que são “nunca”, “pouco” e “às vezes” e “sempre”. A correção da ERTES ocorre com a atribuição de “0” para “nunca”, “1” para “pouco”, “2” para “às vezes” e “3” para “sempre”, enquanto que os oito itens neutros da ERTES não recebem pontuação. Os itens neutros são exemplificados por sentenças como “*gosto de assistir jornal*” (item 1), “*gosto de estudar a tarde*” (item 5), “*gosto de ir à padaria*” (item 21), “*gosto de dormir em rede*” (item 37), “*gosto de desenho animado*” (item 38), “*gosto de jogar futebol*” (item 42), “*gosto de andar de skate*” (item 55), “*gosto de ir ao parque de diversões*” (item 57) e têm a finalidade de diminuir a carga de respostas que evocam recordações e emoções negativas, diminuindo a fadiga e reduzindo o caráter sucessivo dos itens relacionados à experiência traumática.

Para a correção dos itens inversos da ERTES, estes serão subtraídos de 3 e obtido o escore final de cada item, como por exemplo o respondente que marca a categoria “muitas vezes” (“2”) no item “confio nas pessoas de casa”, para correção deste item, será realizado a subtração [3 – “2”] e o escore final do item será “1”; ou se é marcada a categoria “algumas vezes” (“1”) para o item “as pessoas lá de casa me protegem”, será realizado a subtração [3 – “1”] e o escore final para este item será “2”. O escore bruto é obtido com a soma de todos os itens, com exceção dos neutros. Escores altos nesta escala apontam a severidade de reações traumáticas, decorrentes de crenças, comportamentos e emoções vinculadas às experiências de eventos estressores, assim como da intensidade de sintomas do TEPT (Guimarães, & Baptista, 2015).

Quanto à padronização de aplicação, a ERTES deverá ser aplicada individualmente por autoplicação ou por aplicação oral do examinador. No caso desta pesquisa, a aplicação será realizada em ambiente privativo, sem interferências externas, de modo a garantir o sigilo e a confidencialidade dos dados. As variáveis ambientais utilizadas para aplicação do instrumento segue as recomendações técnicas e éticas previstas na testagem psicológica (American Psychological Association, 2010; Anastasi & Urbina, 2000; International Test Commission, 2012).

Quanto à apresentação dos resultados dos estudos de evidências de validade da ERTES, os artigos apresentados nesta Tese estão na seguinte ordem: o Artigo 1 apresenta uma Revisão Integrativa sobre os instrumentos de medidas para reações traumáticas de vítimas de abuso sexual e as suas evidências de validade; o Artigo 2 apresenta os procedimentos de construção da ERTES, os resultados das evidências de validade baseada em conteúdo, assim como os resultados das evidências de validade com base na estrutura interna, que foram obtidos por Análises Fatoriais Exploratórias, parâmetros de ajuste dos itens e DIF, de acordo com a Teoria de Resposta ao Item (TRI) e análise da consistência interna; o Artigo 3 apresenta os resultados das evidências de validade com base em grupo critério, assim como os resultados das evidências de validade com base em variáveis externas, associadas ao abuso sexual, a eventos estressores/traumáticos e a medida correlatas, como depressão e indicadores clínicos da depressão, cognições traumáticas e suporte social.

### 1.1 Definições de abuso sexual

A Organização Mundial de Saúde (OMS) define o abuso sexual (AS) contra crianças e adolescentes como violência sexual que pode variar desde atos em que não exista o contato físico (voyeurismo e exibicionismo) a outros com diferentes formas de contato sexual, como toques, carícias, masturbação, felação e penetração (vaginal ou anal). Alguns dos casos de

abuso sexual são comumente perpetrados por adultos, enquanto outros podem envolver adolescentes e crianças maiores contra crianças menores. A OMS considera ainda que o AS resulta da extração de satisfação sexual incompatível com a etapa de desenvolvimento da criança ou do adolescente (World Health Organization [WHO], 2006).

Outros descritores para AS podem ser verificados na literatura como maus-tratos sexuais infantis, violência sexual ou agressão sexual contra criança e adolescente (Duffy, Keenan & Dillenburger, 2006; Flores, Kristensen & Salzano, 1998). Estas várias definições descrevem diversas formas que o AS pode ser reconhecido, variando de atos sexuais não invasivos até aqueles fisicamente violadores, os quais podem estar associados ou não com negligência e maus-tratos psicológicos.

Uma das primeiras definições na literatura apresentava o AS como o “envolvimento de crianças dependentes e imaturas, ou adolescentes, em atividades sexuais que não tinham completa compreensão e seriam inaptos para dar consentimento, o que violaria tabus sociais quanto aos papéis familiares” (Helfer, & Kempe, 1976, p. 60 citado em Duffy et al., 2006). Deste modo, tal concepção focou essencialmente aspectos do desenvolvimento e o consentimento para quaisquer atos sexuais, os quais são ameaçadores da função familiar. Embora, até os dias atuais, o aspecto do consentimento em relação à maturação física, psicológica e social se mantenha em muitas definições de AS, há nesta concepção uma relação específica com o contexto familiar. Isto impediria o mesmo reconhecimento para quando fosse perpetrado no ambiente extra-familiar.

O Centro de Controle de Doenças e Prevenção norte-americano (*Centers for Disease Control and Prevention – CDC*) adotou a definição para abuso sexual como sendo resultado de uma situação na qual o adulto, ou pessoa de pelo menos cinco anos mais velha, toque ou acaricie de uma forma sexual alguém menor. Esta definição aplica-se ainda a casos que envolvam sexo oral, anal, ou coito vaginal, considerando a tentativa ou a consecução completa de alguns destes

atos. Outro aspecto é que se refere apenas a atos ou tentativas relacionadas a contatos sexuais e não presume que, necessariamente, seja ou não desejado pela criança ou adolescente (CDC, 2014).

Outras concepções sobre o AS variam em função de dimensões, como nível de contato físico, idade da vítima, idade do perpetrador, diferença de idade entre a vítima e o perpetrador e questões relativas a consentimento, como destacam Duffy et al. (2006). A dificuldade para o estabelecimento de um consenso conceitual traz como consequências limitações para análise de prevalência e efeitos do AS, assim como definição de métodos de diagnóstico e tratamento mais adequados.

Diante das explanações conceituais, verifica-se que alguns pontos ainda são complexos para a análise das dimensões clínicas do AS. Em primeiro lugar, ainda existe muita disparidade em relação a idade de consentimento sexual, ou seja, a idade para a maturidade sexual. Isto torna difícil o estabelecimento de critérios para o quanto estas relações sexuais podem ser consideradas como abuso sexual. Em segundo lugar, a dificuldade citada seria intensificada à medida que dependesse de posição jurídica do Estado para estabelecimento de ações de proteção à criança e ao adolescente.

Quando se consideram as implicações da idade de consentimento para definição do AS, sabe-se que há variações de país para país, podendo iniciar em idades muito jovens, entre 12 e 13 anos (caso do Tonga e da Espanha), a outras entre 17 ou 18 anos (caso de alguns Estados do Estados Unidos e da Austrália respectivamente). Na União Européia, em praticamente todos os países, as relações sexuais são legalmente aceitáveis a partir dos 16 anos, podendo variar em poucos países para faixa etárias inferiores (Graupner, 2000). No Canadá, um Projeto de Lei aprovou a alteração de idade do consentimento de 14 para 16 anos, o que mostra a importância de decisões governamentais acerca de ações de proteção à criança e ao adolescente (Wong, 2006).

No Brasil, a Lei nº 12.015, aprovada e sancionada em 2009, define que qualquer ato libidinoso ou conjunção carnal com pessoa menor de 14 anos é considerado crime (art. 217-A, Estupro de Vulnerável). São considerados vulneráveis e inaptos ao consentimento, além de pessoas abaixo desta idade, aquelas com enfermidade ou deficiência mental (Brasil, 2009). Historicamente, as leis brasileiras que definem a idade de consentimento sofreram modificações em decorrência de mudanças nos costumes, nos últimos séculos. No Brasil Imperial, o Código Imperial estabelecia a presunção de violência sexual contra menores de 17 anos. Com o Código Penal de 1890, a presunção de violência foi rebaixada para 16 anos. Contudo, 50 anos mais tarde, a idade de consentimento mudou para 14 anos (Gomes, 1996).

Com a inovação atual na legislação, a Lei nº 12.015 considera atos sexuais ocorridos anteriores à idade de 14 anos, mesmo que com autonomia e voluntariedade do adolescente, como crimes (Brasil, 2009). O Código Penal tipificava anteriormente como presunção de violência, ou seja, a violência já era presumida em casos de ato sexual com menores de 14 anos, ou pessoas com deficiência ou retardo mental. Enquanto alguns doutrinadores apoiam a ideia de que a presunção pode ser relativa, ou seja, o menor pode sim consentir, a Lei nº 12.015, independente de consentimento ou não do menor, considera a relação sexual como estupro de vulnerável. Isso aumenta o rigor e severidade da pena e da qualificação do crime.

Face a questões legais e conceituais, Cashmore e Shackel (2013) apresentam que a definição do abuso sexual infantil é condição indispensável para compreensão dos seus desfechos. Os autores salientam ainda que, em função das diversidades conceituais, muitas pesquisas realizadas no mundo têm assumido diferentes metodologias, o que nem sempre favorece a comparação entre as alterações clínicas (comportamentais, emocionais e cognitivas) e suas conclusões sobre as sequelas encontradas a curto e longo prazo.

Embora haja divergências, é consenso entre os pesquisadores da área que a definição de abuso sexual deve incluir o uso de poder, persuasão, convencimento ou de força, por meio

de atitudes e/ou comportamentos que explorem a relação estabelecida, a partir de autoridade ou algum tipo de dependência, sem importar a idade do abusador ou da pessoa abusada (CDC, 2014; Duffy et al., 2006; WHO, 2006). Sem estas delimitações conceituais, as taxas de prevalência tornam-se difíceis de ser estabelecidas entre pesquisadores e profissionais que lidam com a violência sexual contra crianças e adolescentes.

## 1.2 Epidemiologia do abuso sexual

Um dos primeiros registros sobre as taxas de ocorrência do AS foi apresentado em texto escolar (publicado por Weinberg, em 1955) que mostrava o incesto afetando apenas uma ou duas pessoas a cada um milhão de cidadãos nos EUA por ano. Cerca de duas décadas após, o *Comprehensive Textbook of Psychiatry* publicou que a taxa de incidência para o incesto oscilava em torno de 1,1 a 1,9 por milhão de habitantes. Por volta de meados da década de 80 ocorreu um incremento significativo no número de *surveys* e pesquisas sobre estas taxas, que passaram a divulgar valores de prevalência em torno de 38% para meninas com idade inferior a 16 anos (Duffy et al., 2006). Em 1994, o Comitê Nacional para Prevenção do Abuso Infantil apresentou números em torno de 16 crianças abusadas para cada 1000 crianças nos EUA e considerou que cerca de 90% dos perpetradores eram pais ou outros parentes (Pope, 1998).

Finkelhor (1994) revisou estudos sobre taxas de prevalência do abuso sexual contra crianças, entre os anos de 1970 a 1990, em cerca de 21 países e concluiu que ao menos 7% das meninas e 3% de meninos foram vítimas de abuso sexual. O autor encontrou variações desta taxa em até 36% de crianças do sexo feminino, no caso da Áustria, e 29% do sexo masculino na África do Sul. Outra pesquisa realizada a partir de vários estudos internacionais identificou taxas de prevalência que variaram de 4% a 50% de crianças e adolescentes, com a média oscilando de 15% a 20% (Violato & Genius, 1993).

Pereda, Guilera, Forns e Gómez-Benito (2009) realizaram análise da prevalência do abuso sexual infantil, nos mesmos 21 países apresentados pelo *survey* realizado por Finkelhor (1994), com o objetivo de comparar estas taxas de prevalência. Para isto, os autores realizaram o levantamento (*surveys*) de estudos retrospectivos, realizados após 1994, com adultos que informaram ter sofrido vitimização sexual quando criança ou adolescente. Ao comparar ambos os *surveys*, os autores verificaram que, de modo geral, o AS contra homens tinha prevalência abaixo de 10%, enquanto em mulheres a taxa variava de 10% a 20%. Outro dado é que quase 30% dos estudos, em ambos os *surveys*, apontaram uma proporção aproximada de um homem para cada quatro mulheres.

Estes mesmos autores reconheceram que a maior parte dos problemas metodológicos nas pesquisas de prevalência do AS dependiam do rigor nos seguintes pontos: aspectos conceituais, que abrangiam desde exposição a situações de não-contato a outras que envolvem contatos sexuais diversos; características da amostra, como idade do perpetrador e da vítima, tamanho amostral etc.; além do tipo de mensuração utilizada para levantamento das taxas (instrumentos aberto *versus* fechado; instrumento psicométrico *versus* não-psicométrico; ou entrevista *versus* questionários etc.). Estes aspectos estatisticamente tendiam a produzir taxas de prevalência controversas.

Outra meta-análise realizada recentemente, em 55 estudos de 24 países, apontou taxas que variaram entre 8% e 31% para mulheres e 3% e 17% para homens, os quais responderam inquérito retrospectivo informando já ter sofrido AS. Nos dados evidenciados, verificou-se uma tendência para a ocorrência do AS cerca de 2 a 3 vezes maior em mulheres (Barth, Bermetz, Heim, Trelle & Tonia, 2012). Foi apontada na pesquisa que um dos maiores problemas para fidedignidade destas taxas é a alta heterogeneidade dos estudos pesquisados.

Há uma variabilidade nessas taxas de prevalência, quando se considera dados obtidos por meio de autorrelatos e por notificações oficiais. Recentemente, Stoltenborgh, Van

Ijzendoorn, Euser e Bakermans-Kranenburg (2011) apontaram que as taxas de AS tendem a ser 30 vezes maiores em estudos que utilizam dados autorelatados do que naqueles que utilizam inquéritos oficiais, obtidos por serviços de proteção à criança ou por departamentos policiais. Os autores demonstraram que enquanto uma entre oito pessoas relataram situações de AS, os dados oficiais apontaram uma a cada 250 pessoas que eram notificadas por estes serviços tinham experienciado AS.

Estudo epidemiológico, em população do sudeste brasileiro, utilizou metodologia *survey* cross-sectional, por meio de inquérito domiciliar, e apontou que mulheres (5,6%; IC 95%) são mais afetadas que homens (1,6%; IC 95%) (Bassani et al., 2009). Enquanto 53% dos homens informaram ter sido vitimizados entre 0 e 7 anos, 33% das mulheres relataram a ocorrência do abuso antes dos 08 anos. A faixa etária com maior prevalência foi de 08 aos 15 anos, para ambos os grupos (88%, IC 95%). É importante destacar que enquanto a prevalência masculina decresce com a idade, feminina aumenta consideravelmente após os 12 anos. Outro ponto que merece destaque é que no Brasil a prevalência desta violência contra meninas é tão alta quanto à apresentada por países como a Tailândia, El Salvador e Honduras.

Bassani et al. (2009) concluíram que é inversamente proporcional a relação entre condição de saúde percebida e prevalência do AS. Isto é, indivíduos que experienciaram este tipo de violência no decorrer de sua vida perceberam sua saúde como mediana ou ruim, quando comparados com aqueles não vitimizados, os quais confirmaram melhores percepções do estado de saúde. Além disso, o levantamento permite inferir que a vitimização sexual sofrida pela criança ou adolescente, em poucas vezes, vem dissociada da violência física.

Os dados estatísticos sobre o AS no Brasil ainda são insuficientes e não refletem a maior parte destes casos, o que gera um alto índice de subnotificações (Castro, 2011). Isto porque a maior parte dos levantamentos nacionais realizados foram resultantes de notificações realizadas em serviços de proteção social, alguns de estudos de caso com amostra pequena e

outros de inquérito feito diretamente à criança ou ao adolescente. Esta última metodologia foi apontada como mais questionável, devido alguns aspectos éticos, em função da exposição destas vítimas (Castro, 2011).

Finkelhor (1994) encontrou, por meio de inquérito retrospectivo com adultos, o resultado de que somente metade das vítimas chegavam a revelar o abuso para alguém. O autor demonstrou que muitos dados apresentados em registros oficiais são subnotificados, o que geravam resultados incompletos. Deste modo, uma pequena fração de situações relativas ao abuso sexual de crianças e adolescentes era descoberta, enquanto que a maior parte dos casos continuava indetectável. Destarte, os resultados publicizados são apenas uma pequena fração dos casos.

A maior parte dos estudos de prevalência do AS realiza levantamentos por meio de da metodologias de autorrelato retrospectivo, nas quais os adultos informam sobre estas situações de exposição sofridas em períodos remotos da vida. Pesquisas demonstram que, embora possa haver vieses de memória, as medidas de autorrelato são as mais encontradas em publicações científicas (Castro, 2011; Finkelhor, 1994; Péreda et al., 2009; Rind & Tromovitch, 1997).

Muitos obstáculos dificultam registros epidemiológicos do AS. Ribeiro, Ferriani e Reis (2004) estimaram que apenas 10% dos casos chegam às delegacias brasileiras, dado que limita não só as notificações, como ainda as medidas de intervenção destinadas a assegurar à prevenção secundária, proteção e assistência das vítimas. Os autores apontaram que as dificuldades para o rastreamento desta demanda expõem meninos e meninas a consequências negativas de saúde, incluindo casos mais graves que resultaram em mortalidade. Neste sentido, a revelação do AS ainda se constitui como um importante obstáculo para notificação e produção de dados epidemiológicos.

## **2 Modelos teóricos relacionados ao trauma em crianças e adolescentes vítimas de abuso sexual**

Pesquisas nacionais e estrangeiras apontam o abuso sexual contra crianças e adolescentes como grave questão de saúde pública, devido prejuízos que acarretam ao longo da vida (Maniglio, 2009; Schaefer, Rossetto, & Kristensen, 2012). Ao se comparar a taxa de procura do sistema de saúde norte-americano, adultos que sofreram abuso sexual usam mais frequentemente os vários tipos de serviços do que outros não-abusados sexualmente. Estes serviços incluiriam atendimento médico e hospitalar (Newman et al., 2000; Walker et al., 1999). Outro aspecto é que adultos vítimas de AS gastariam US\$ 150-245 a mais por ano do que aqueles não-vítimas (Hulme, 2000; Walker et al., 1999).

O AS apresenta um caráter invasivo e modificador da integridade física, mental e social. Habigzang, Ramos e Koller (2011) citam os resultados de pesquisas desenvolvidas em diversos países, que demonstraram a estabilidade temporal das consequências do AS a curto, médio e longo prazo na vida do indivíduo. Estes autores acrescentam que não há discriminação de níveis sociais, econômicos, faixas etárias, etnias, religiões e culturas. Assim, a identificação de sinais do AS e a intervenção precoce são as melhores medidas a serem tomadas diante do forte impacto psicológico negativo gerado ao longo da vida.

Considerando vários destes efeitos psicológicos, as pesquisas sobre trauma têm ocupado importante espaço na compreensão dos efeitos do abuso sexual. Quando se considera o trauma em crianças, o modelo teórico mais estudado é o do transtorno de estresse pós-traumático (Copeland, Keeler, Angold, & Costello, 2007). Herman (1992) foi quem primeiro definiu trauma, decorrente do impacto gerado pelo trauma interpessoal repetido, que segundo este autor geraria o transtorno do estresse pós-traumático complexo (TEPT). Sujeitos que apresentam este desfecho clínico demonstram autoimagem negativa, relações interpessoais inseguras, maiores riscos de autoagressão, assim como maior vulnerabilidade a vitimização por qualquer outra situação de risco.

Outra perspectiva teórica de bastante relevância acerca do trauma é a condição clínica chamada de transtorno de trauma desenvolvimental, ou *developmental trauma disorder* (DTD), que foi designado por Van der Kolk (2005). Segundo o autor, este tipo de trauma é decorrente de mudanças significativas produzidas ao longo do desenvolvimento da criança, vítima de repetidas exposições à relações interpessoais traumáticas. Os dois maiores agrupamentos (*clusters*) de sintomas decorrentes do DTD são: desregulação e desadaptação recorrente nas dimensões afetiva, somática, comportamental, cognitiva e relacional; e alterações nas percepções e expectativas de si e das relações interpessoais, assim como falta de confiança na justiça e nas agências sociais de assistência e proteção.

Embora muito já se conheça na literatura internacional sobre as consequências potenciais de experiências traumáticas, assim como sobre as limitações de recursos psicológicos do indivíduo para lidar sozinho com reações traumáticas moderadas e graves, ainda existe a necessidade de identificar os fatores subjacentes à mediação destas reações traumáticas. Isto porque nem todos que sofrem uma potencial experiência traumática apresentam consequências individuais que possam ser previstas. As explicações para isto irão depender de mecanismos de processamento destes eventos traumáticos (Gully, 2000; Finkelhor & Browne, 1985; Nilsson, Wadsby, & Svedin, 2008; Perrin, Smith, & Yule, 2000).

## 2.1 Reações Traumáticas em vítimas de abuso sexual: fundamentos teóricos e bases empíricas

Há algumas explicações teóricas de como o AS afeta o desenvolvimento de crianças. Green (1993) e Kendall-Tackett, Williams e Finkelhor (1993) realizaram sucessivas revisões que apontaram os dois modelos teóricos mais amplamente aceitos para explicar os efeitos da violência sexual contra crianças e adolescentes ao longo da vida. Os dois modelos são: o *Core-symptom Theories*, esboçado por autores como Corwin (1989), Jampole e Weber (1987) e Wolfe, Gentile e Wolfe (1989); o *Multifaceted Models of Traumatization*, proposto por

Kendall-Tackett et al. (1993) e que inclui o modelo teórico-explicativo *Traumagenic Dynamics Model*, ou Modelo das Dinâmicas Traumatogênicas (MDT), proposto por Finkelhor e Browne (1985).

O primeiro é o *Core-symptom Theories*, o qual sustenta que a vítima apresentaria uma importante síndrome que inclui comportamentos sexualizados e estresse pós-traumático como os sintomas mais significativos. Corwin (1989), Jampole e Weber (1987) e Wolfe, Gentile e Wolfe (1989) ainda propuseram que danos na autoimagem estariam entre um dos aspectos clínicos mais significativos, quando se compara as alterações comportamentais de crianças vítimas e não-vítimas de abuso sexual.

No entanto, Kendall-Tackett et al. (1993) não acharam suporte para estas conclusões, que apoiam o modelo *Core-symptom Theories*, e propuseram a perspectiva teórico-explicativa denominada *Multifaceted Models of Traumatization*, a qual descreve os efeitos do abuso sexual como sendo multifacetados, isto é, não há um conjunto consistente e sólido de sintomas. Estes autores argumentaram que vários mecanismos distintos operam para a variedade de efeitos do AS. Conte e Schuerman (1987) elaboraram formulações para explicar as disfunções familiares, ou outros tipos de maus-tratos sofridos pela criança, como sendo a raiz para o trauma decorrente do abuso, enquanto Kendall-Tackett et al. (1993) defendem que o abuso sexual é um estressor generalizado, o qual a criança em momentos posteriores fica geralmente mais vulnerável a desenvolver problemas em muitas áreas do funcionamento psicossocial, dos quais apresenta maior vulnerabilidade.

Em razão desta natureza heterogênea de explicações teóricas apontadas acima, Green (1993) sugere acrescenta que o abuso sexual seja clinicamente um evento com magnitude maior que um distúrbio ou uma síndrome psiquiátrica. Além disso, o autor sugeriu que pesquisas mais complexas e avançadas devam ser realizadas com a finalidade de integrar a variedade de dados

obtidos de avaliações, que devam ser bem delineadas tanto com a vítima, quanto com seus pais ou cuidadores.

A variabilidade de efeitos e alterações clínicas relacionadas ao AS ratificam a existência de um modelo multifacetado de trauma, mais do que propriamente a existência de uma síndrome, ou conjuntos de sinais e sintomas exclusivos do abuso sexual. Neste sentido, a abordagem dos efeitos da violência sexual em crianças e adolescentes deve ser cautelosa, quando se propor concluir achados específicos para o abuso sexual de crianças e adolescentes. Estas considerações devem ser ponderadas principalmente quando se necessita conhecer os aspectos subjacentes que favoreceriam o trauma decorrente do abuso sexual.

Um dos modelos derivativos do *Multifaceted Models of Traumatization* é o *Model of Traumagenic Dynamics*, ou Modelo das Dinâmicas Traumatogênicas (MDT), proposto por Browne e Finkelhor (1986). Trata-se de um dos modelos teóricos mais úteis para o entendimento dos processos intrapsíquicos que são causadores dos problemas comportamentais e sintomatológicos associados ao AS (Carr, 2006). Neste modelo teórico, verifica-se que sexualização traumática, estigmatização, traição e impotência são identificados como quatro fatores dinâmicos fortemente relacionados ao abuso sexual, segundo Finkelhor e Browne (1985).

Para Finkelhor (1987), as dinâmicas traumatogênicas do abuso sexual são reações processuais que criam distorções cognitivas. Estas distorções associam-se às dificuldades emocionais e comportamentais observadas em crianças, jovens e adultos que sofreram AS. Estas alterações devem ser compreendidas no contexto de vida da pessoa vitimizada, antes, durante e após o abuso sexual.

## 2.2 Fundamentos teóricos do Modelo de Dinâmicas Traumatogênicas

Finkelhor e Browne (1985), quando propuseram o MDT, apoiaram-se em evidências e na experiência clínica, e concluíram que vítimas de AS podem desenvolver trauma. Os autores consideraram ainda o impacto de variáveis moderadoras (frequência dos episódios, tipo de agressão associada e características do agressor), assim como na repercussão emocional e cognitiva associada à quatro esquemas dinâmicos considerados pelos autores como sexualização traumática, estigmatização, impotência e traição, vivenciados no contexto do abuso sexual. Eles citaram que a experiência do abuso pode ser melhor analisada em decorrência destes quatro fatores causadores de trauma, denominados por eles de **dinâmicas Traumatogênicas** (ênfase adicionada).

A verificação deste modelo teórico já foi obtida em pesquisas com abordagem de grupoterapia para casos de abuso sexual (Cornman, 1989; Scott, 1992) e outras que avaliaram estratégias de *coping* que mediam o impacto do AS (Walsh, Fortier, & DiLillo, 2010). Na pesquisa epidemiológica, o MDT mostrou forte associação com alterações clínicas e sintomatológicas relatadas em um estudo que utilizou amostra de 2.626 adultos com histórico de abuso sexual (Finkelhor, Hotaling, Lewis, & Smith, 1990). Em pesquisa clínica, pesquisadores descobriram que mulheres com histórico de abuso sexual, atendidas em ambulatório de doenças sexualmente transmissíveis, apresentaram maiores níveis de sexualização traumática, impotência, assim como maiores taxas de exposição à sexo sem proteção, grande número de parceiros sexuais e envolvimento em prostituição, que mulheres sem histórico de AS (Senn, Carey, & Coury-Doniger, 2011).

Senn, Carey, & Coury-Doniger (2012) estudaram a comparação do MDT com Modelo de Habilidades Informacionais-Motivacionais-Comportamentais, ou *information–motivation–behavioral skills (IMB) model*, que compreende o comportamento sexual de risco, por meio dos antecedentes comportamentais. Os dois modelos foram estudados para verificar qual melhor media a relação entre abuso sexual e comportamentos sexuais de risco. Os pesquisadores

encontraram que o MDT melhor media a relação entre AS e o número de parceiros sexuais, enquanto que não se encontrou diferença entre os dois modelos como mediadores da relação entre AS e número e proporção de episódios de sexo desprotegido.

Finkelhor (1987) propôs que a dinâmica traumatogênica é uma experiência que altera a orientação cognitiva e emocional de uma criança, vítima de abuso sexual, para a representação de mundo. Para este autor, a forma como são geradas estas dinâmicas provoca trauma, pois distorce o **autoconceito** (ênfase adicionada) da criança, a visão de mundo e suas capacidades afetivas, como a **autoestima** (ênfase adicionada). Assim, as vítimas podem desenvolver esquemas associados ao abuso sexual e reações que são adaptáveis a esta experiência, mas que refletem ajustamento disfuncional, pois precisariam lidar com um mundo onde o abuso não é a norma.

Os criadores do MDT destacaram que estas dinâmicas são generalizadas e que isoladas não são necessariamente exclusivas do AS, do mesmo modo que as identificam como sendo o núcleo dos danos psicológicos inflingidos pelo abuso sexual, quando compreendidas em conjunto e interagindo com o desenvolvimento psicológico. Os autores citam que estas dinâmicas podem ser utilizadas para avaliar e antecipar problemas que crianças vitimizadas podem apresentar subsequentemente, como **depressão** (ênfase adicionada), comportamento sexual desajustado e outros.

No entanto, não se tem verificado a utilização deste modelo teórico para desenvolvimento de instrumentos e medidas que foquem nos processos subjacentes ao trauma (McCallum, Peterson, & Mueller, 2012). Contudo, os seus criadores afirmam que uma das maiores utilizações práticas e clínicas deste modelo deva ser para processos de avaliação que considerem **os aspectos perceptuais e emocionais** (ênfase adicionada) que subjazem a experiência traumática no AS (Finkelhor & Browne, 1985).

Estas dinâmicas traumatogênicas alteram o desenvolvimento emocional e cognitivo responsável pela percepção de mundo e das pessoas, de forma que favorecem o surgimento do trauma. Um dos exemplos é o impacto da estigmatização no senso que a vítima tem do seu próprio valor e capacidades (**autoconceito**) (ênfase adicionada), enquanto que a impotência distorce o senso de **autoeficácia** (ênfase adicionada) que a criança tem acerca de suas habilidades de controle sobre sua vida. Desta forma, a criança que sofreu abuso sexual apresentaria tentativas de enfrentar o mundo, com estas distorções criadas, que resultariam em alguns dos principais problemas que são comumente notados em vítimas de AS. A seguir estarão descritos os quatro fatores dinâmicos propostos pelo modelo teórico.

A sexualização traumática refere-se ao processo em que a sexualidade infantil (incluindo atitudes e sentimentos sexuais) é modelada por alterações junto ao desenvolvimento sexual inadequado e disfuncional, como resultado do abuso sexual. Isto pode acontecer de várias formas no âmbito do abuso sexual como, por exemplo, quando o agressor expõe a criança à troca de carinho, toques corporais e outros gestos sexuais impróprios para o seu nível de desenvolvimento (Finkelhor & Browne, 1985). Como consequência, a criança seria reforçada a utilizar o comportamento sexual como estratégia de interagir, manipular e se relacionar com as outras pessoas para satisfazer uma variedade de necessidades próprias do seu desenvolvimento, como o engajamento na interação com pares, aquisição de referências de vínculo e outras.

Pesquisadores consideram que, das quatro dinâmicas, a sexualização traumática é a mais específica para identificar as vítimas de abuso sexual de outras vítimas de abuso, em função da natureza sexualizada do abuso sexual. Esta dinâmica representa a consequência de um processo o qual as atitudes e sentimentos sexuais infantis se tornam distorcidos em resposta ao AS (Matorin, & Lynn, 1998; McCallum, Peterson, & Mueller, 2012).

O impacto da sexualização traumática se dá ainda quando a criança adquire memórias e recordações de experiência sexuais, as quais foram geradas por desejos e fetiches do abusador, que de forma distorcida foram deslocadas para partes anatômicas e para a própria criança. A criança seria recompensada por comportamentos sexuais impróprios para o seu nível de desenvolvimento. Assim, tanto a ideia de receber cuidado, amor e atenção, quanto à excitação sexual estariam associados com estas recompensas percebidas pela criança. Estas experiências aumentariam a importância dos conteúdos sexuais nos relacionamentos associados ao provimento de cuidados.

Finkelhor e Browne (1985) citam que a dinâmica da sexualização traumática favorece confusões para compreender normas sexuais, assim como aspectos da identidade sexual. A origem dos comportamentos sexualizados estaria relacionada a estas crenças distorcidas, que poderiam influenciar a evitação de sexo, dificuldades na excitabilidade sexual, experiências emocionais pouco usuais associadas ao engajamento em atividades sexuais, ou mesmo a exacerbação de comportamentos que se tornariam sexualizados.

A respeito da estigmatização, o perpetrador culparia e denegriaria a criança, de modo a coagi-la a manter os episódios abusivos em segredo. Com a consequente revelação, outros membros da família ou da rede de relações sociais (como vizinhos, amigos e colegas) poderiam culpar a criança pela participação nas empreitadas de abuso sexual do agressor. Nesta perspectiva, a criança desenvolve crenças negativas sobre si (**autoconceito**) (ênfase adicionada), incluindo ideias de autoculpabilização e autodenegrição. A criança poderia internalizar o segredo, como influência do abusador, e dissociar áreas completas da experiência consciente sobre o abuso, o que dificultaria a percepção crítica sobre a sua real posição na relação abusiva. No entanto, poderia ocasionalmente haver intrusões conscientes de *flashbacks* sobre o abuso sexual (Finkelhor & Browne, 1985).

Carr (2006) cita que a estigmatização, proposta no MDT, ocorre em vários níveis, a depender da forma como se deram os episódios abusivos. Isso varia também conforme o agressor exponha a vítima frente à autoconcepções de ser uma criança má, o que atribuiria concepções de ser também condenável por aquelas situações. Algumas variáveis influenciariam diretamente sobre o nível agravador da estigmatização, como crianças de idade mais precoce, influências religiosas negativas, tabus culturais e tempo de silêncio sobre o AS, que incrementariam esta dinâmica. Já aquelas crianças que descobrem que tais experiências tem uma menor sobrecarga de crenças estigmatizantes. O impacto destas crenças favoreceriam comportamentos autodestrutivos, evitação de relacionamentos, consumo abusivo de drogas, automutilação e suicídio (Finkelhor & Browne, 1985).

A dinâmica psicológica para a traição começaria quando a confiança da criança no perpetrador é violada e a expectativa de que outros adultos a protejam não é encontrada (Finkelhor & Browne, 1985). Estas violações de confiança e expectativas de proteção levariam a criança a acreditar que os outros não sejam confiáveis. Assim, a perda do senso de confiança nas pessoas poderia dar origem a uma variedade de problemas de relacionamentos, que iriam da delinquência a sentimentos intensos de tristeza e raiva.

As crianças vitimizadas podem experienciar a traição não apenas pela conduta do abusador, mas em partes também pelos membros da família que não cometeram o abuso. Um membro da família em que confiava e que não foi capaz ou competente para protegê-las reforçariam a concepção de traição, assim como contribuiria para esta dinâmica aquele membro familiar que mudou suas atitudes após a revelação do abuso. Na contramão, aqueles agressores que não possuem vínculos familiares ou de confiança com a criança contribuem muito pouco para esta dinâmica.

Alguns outros aspectos que acresceriam bastante a percepção da traição são o grau de vínculo que a criança tem com o agressor, quanto mais próxima, mais seria impactante; a

percepção de que os atos são formas de carinho, amor e afeto, ao contrário das que desconfiam previamente que os atos são abusivos; as reações familiares de desacreditar, desacreditar ou isolar a criança contribuem negativamente mais que as **experiências de acolhimento e suporte** (ênfase adicionada) dado após a revelação do abuso.

Já o mecanismo subjacente para a impotência tem suas origens na experiência infantil de perceber-se incapaz de prevenir o abuso sexual, devido ao **uso da força física ou da coerção psicológica do perpetrador** (Goodyear-Brown, 2011; Finkelhor & Browne, 1985, ênfase adicionada). Esta poderia ser agravada pela recusa de membros das relações familiares e sociais acreditarem na criança e não levarem o caso à efetiva assistência profissional, nos casos que fossem revelados. A criança, como resultado da vivência de se sentir impotente, poderia desenvolver **crenças sobre ineficácia pessoal generalizada** (ênfase adicionada) e, dentre estas, desenvolvimento de crenças sobre si (autoconceito) como vítima.

Estas crenças podem favorecer o surgimento de sintomas de ansiedade, **depressão** (ênfase adicionada) e uma variedade de problemas somáticos (Goodyear-Brown, 2011). A percepção de impotência pode também acarretar a internalização de um modelo operativo de vítima-agressor que seria estendido a futuros relacionamentos (Finkelhor & Browne, 1985). Este originaria núcleos internalizantes para a criança que futuramente tenderia a se tornar um perpetrador, quando colocada em uma posição que houvesse oportunidade para o exercício do poder sobre uma pessoa vulnerável.

## Artigo 1

### **Instrumentos de medida de reações traumáticas em crianças e adolescentes vítimas de abuso sexual**

Lucas Dannilo Aragão Guimarães

Makilim Nunes Baptista

**Resumo:** O objetivo do estudo foi realizar uma revisão integrativa dos instrumentos de autorrelato e suas evidências de validade para avaliação de reações traumáticas em crianças e adolescentes vítimas de abusos sexual, considerando os modelos teóricos do transtorno de estresse pós-traumático (TEPT) e o modelo de dinâmicas traumatogênicas (MDT), proposto por Finkelhor & Brown (1985). Realizou-se uma revisão nas bases de dados BVS e no Portal de Periódicos da CAPES, que permite um alcance as bases de dados *Web of Science*, PUBMED, MEDLINE, PsycINFO, LILACS, ERIC, *Science Direct* e EBSCO e amplia o potencial de busca das fontes científicas. Dos 395 estudos encontrados, as estratégias de refinamento mostraram 15 estudos com 6 instrumentos de autorrelato e suas respectivas evidências de validade e propriedades psicométricas. Verificou-se predominância dos instrumentos em aferir sintomas de estresse pós-traumático (TEPT), em detrimento de aspectos traumáticos associados a crenças e sentimentos associados ao abuso sexual (MDT); a escassez de instrumentos específicos para estas reações decorrentes da experiência do abuso sexual; e a predominância de evidências de validade com base na psicométrica clássica.

**Abstract:** The objective of the study was to perform a systematic review of self-report instruments and their validity evidence for the evaluation of traumatic reactions in children and adolescents victims of sexual abuse, considering the theoretical models of posttraumatic stress disorder (PTSD) and traumagenic dynamics (MTD), proposed by Finkelhor & Brown (1985). A review of the databases BVS and the CAPES Portal of Periodicals has been carried out, which allows access to the *Web of Science*, PUBMED, MEDLINE, PsycINFO, LILACS, ERIC, Science Direct and EBSCO databases and broadens the search potential Scientific sources. Of the 395 studies found, refinement strategies showed 15 studies with 6 self-report instruments and their respective evidences of validity and psychometric properties. There was a predominance of instruments to measure post-traumatic stress symptoms (PTSD), to the detriment of beliefs and feelings associated with sexual abuse (MTD). The lack of specific instruments for these reactions arising from the experience of sexual abuse; and the predominance of evidence of validity based on classical psychometry.

### **Introdução**

A identificação do trauma e o seu rastreamento clínico se mostram cruciais para o processo de avaliação global e para definição de métodos de intervenção psicoterapêutica com crianças e adolescentes vítimas de diversas experiências traumáticas (Strand, Sarmiento, & Pasquale, 2005). Meta-análise realizada com 55 estudos epidemiológicos mostrou que, das experiências adversas na infância, o abuso sexual (AS) é uma das mais prevalentes e apontou

que meninas têm de duas a três vezes mais riscos, comparada a meninos, de serem sexualmente abusadas durante a infância, além do que cerca de uma em 10 meninas foram vítimas, além do que meninas e meninos são vítimas de relação sexual forçada (9% e 3%, respectivamente) e de abuso por múltiplos tipos (15% e 8%, respectivamente), variando de carícias e toques a intercurso sexual, (Barth, Bermetz, Heim, Trelle, & Tonia, 2012).

Gomes-Schwartz, Horowitz, Cardarelli e Sauzier (1990) mostraram que 30% das crianças inicialmente pesquisadas não apresentem sintomas inicialmente, embora tenham confirmado reações traumáticas ao abuso sexual nos 18 meses seguintes. O impacto do AS pode se manifestar entre uma larga variedade e severidade de sintomas, como depressão, ansiedade, estresse pós-traumático, desregulação emocional, raiva, dissociação, problemas comportamentais – especialmente observados em vítimas de abuso os de natureza sexual, como pensamentos e sentimentos sexuais que ocorrem mais precocemente e mais frequentemente que o esperado, além de conflitos sexuais, respostas negativas a estímulos sexuais e medo de ser novamente abusado sexualmente (Finkelhor e Browne, 1985; Kendall-Tackett, Williams, & Finkelhor, 1993; Paolucci, Genuis e Violato, 2001; Rind e Tromovitch, 1997).

Os sintomas do TEPT em crianças se diferenciam dos manifestados em adultos, em função da natureza das expressões somáticas e comportamentais, que são preponderantes sobre a verbalização das alterações emocionais e cognitivas. Como exemplo destas alterações clínicas, destacam-se a reencenação do trauma, nas brincadeiras e em outras atividades; agitação motora, presença de pesadelos, com ou sem conteúdos relacionados ao trauma; evitação de pensamentos, sentimentos, locais, situações ou pessoas associadas ao evento traumático; perda do interesse em atividades habituais, isolamento e problemas de aprendizagem; além de sintomas de excitabilidade e hipervigilância (reatividade), como reações de sobressalto, reações autonômicas associadas à recordações do trauma, alterações do sono e irritabilidade (Nader, 2004).

Na década de 80, estudos apontaram que o abuso sexual produziria efeitos que não poderiam ser identificados apenas por sinais e sintomas clínicos, e propuseram um modelo multifacetado conhecido por *Multifaceted Models of Traumatization*, que abrangeria repercussões cognitivas e emocionais específicas à experiência do abuso sexual (Conte, & Schuerman, 1987; Browne, & Finkelhor, 1986; Finkelhor, & Browne, 1985; Kendal-Tacket et al, 1993). Um dos modelos derivativos deste inicial foi o *Traumagenic Dynamics Model*, ou Modelo das Dinâmicas Traumatogênicas (MDT), proposto por Finkelhor e Browne (1985).

O MDT é um dos modelos teóricos mais úteis para o entendimento dos processos intrapsíquicos associados às repercussões cognitivas, emocionais e comportamentais do AS (Carr, 2006). Neste modelo teórico, verifica-se que sexualização traumática, estigmatização, traição e impotência são identificados como quatro fatores dinâmicos fortemente relacionados ao abuso sexual, segundo Finkelhor e Browne (1985).

Por outro lado, antes da inclusão do Transtorno de Estresse Pós-Traumático (TEPT) no DSM-III em 1980, as reações traumáticas eram identificadas apenas com base em avaliações de sintomas identificados por casos clínicos. Após esta definição diagnóstica e categorial, pesquisadores mostraram a necessidade da construção de instrumentos de medida que mensurassem sintomas relacionados a eventos traumáticos específicos, ao tempo que mostraram que medidas padrão ou genéricas de estresse não seriam adequadas para identificar os sintomas das experiências desse tipo de trauma (Fricker & Smith, 2001; McLeer, Deblinger, Atkins, Foa, & Ralphe, 1988; Nader, 1997; Wolfe, Sas, & Werkele, 1994). Isto é especialmente importante para os casos de crianças e adolescentes vítimas de abuso sexual.

Strand, Sarmiento e Pasquale (2005) apresentam vários instrumentos de autorrelato para rastreamento de trauma em crianças e adolescentes para vários eventos traumáticos, incluindo em formato de entrevista, medidas de heterorrelato (pais) e outros associados a mensurar sintomas relacionados aos eventos traumáticos. No entanto, apesar de uma grande variedade de métodos

e instrumentos que mensuram diferentes sintomas e variáveis de trauma, ainda há escassez daqueles destinados a identificar o processamento cognitivo de crenças e de sentimentos associados ao abuso sexual, além de comportamentos externalizados/internalizados associados ao trauma sexual (Satapathy, Choudhary, & Sagar, 2017).

A presente revisão integrativa objetivou identificar os principais instrumentos de autorrelato associados às reações traumáticas de crianças e adolescentes vítimas de abuso sexual, com base nos modelos teórico de TEPT e do MDT, assim como as suas evidências de validade. A partir dos resultados encontrados discute-se a importância das evidências de validade para medidas de avaliação em casos de abuso sexual, os pontos fortes, limitações e direções futuras.

## **Método**

### **Material e Procedimentos**

Realizou-se uma revisão integrativa em abril de 2017, sem tempo limite para a publicação dos estudos, nas bases de dados da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) e no Portal de Periódicos da CAPES. Estas bases possibilitam acesso a outras como *Web of Science*, PUBMED, MEDLINE, PsycINFO, LILACS, ERIC, *Science Direct* e EBSCO e amplia o potencial de busca das fontes científicas. Procedeu-se a pesquisa com a utilização de descritores MESH e termos conceituais próprios dos modelos teóricos do TEPT e do MDT, em três idiomas (inglês, espanhol e português), sem a restrição de limites de data para a publicação dos estudos. Não se utilizou restrição de tempo para as publicações.

Na língua inglesa, a estratégia de busca foi executada com articulação dos descritores e dos operadores *booleanos* na seguinte associação (*inventory OR scale OR test OR measure OR instrument*) AND (*psychometrics*) AND (*traumatic reactions OR trauma OR post-traumatic stress OR PTSD OR traumagenic OR dynamics*) AND (*child sexual abuse*); no espanhol, (*inventario OR escala OR prueba OR medida OR herramienta*) AND (*psicometría*) AND

(*traumáticas reacciones* OR *trauma* OR *estrés postraumático* OR TEPT OR *traumatogénicas* OR *dinámicas*) AND (*abuso sexual infantil*); e no português, (inventário OR escala OR teste OR medida OR instrumento) AND (psicometria) AND (reações traumáticas OR estresse pós-traumático OR trauma OR TEPT OR traumatogênicas OR dinâmicas) AND (abuso sexual infantil). Como estratégias de busca complementar, utilizou-se consulta a dois especialistas em trauma infantil e em abuso sexual e outra metodologia denominada *handsearch*, a qual utilizou busca manual para os descritores relacionados à *traumagenic dynamics*, *betrayal*, *stigmatization*, *powerlessness*, *traumatic sexualization* relacionados aos instrumentos, medidas ou outros métodos de avaliação.

Consideraram-se, como critérios de inclusão, que os estudos encontrados fossem: (1) resultados empíricos ou revisões da literatura; (2) amostra de crianças e/ou adolescentes vítimas de abuso sexual; (3) resultados de construção, adaptação e/ou evidências de validade de algum instrumento de medida de autorrelato para trauma, de acordo com a teoria do TEPT ou do MDT. Os critérios de exclusão destinavam-se àqueles estudos com (1) uso exclusivo de métodos como técnicas gráficas, técnicas projetivas ou técnicas lúdicas, como uso de bonecos anatômicos; (2) avaliação de programas de tratamento e psicoterapias; (3) medidas de heterorrelato respondido por familiares ou outros cuidadores.

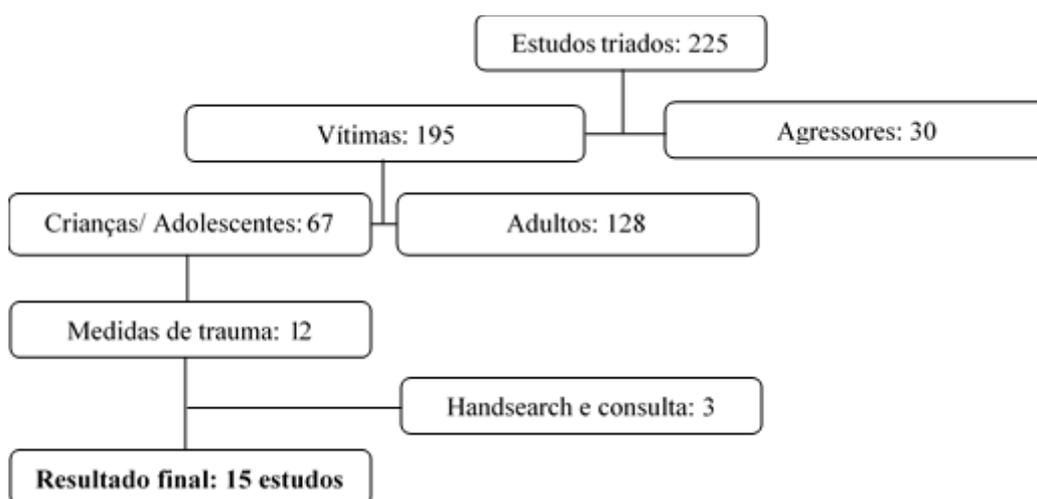
Os estudos encontrados foram tabulados e procedeu-se com a leitura dos títulos, resumos e arquivo completo, excluindo-se os repetidos. Foram analisadas, nos estudos com os instrumentos encontrados, as variáveis: (1) relação com modelo teórico do TEPT e/ou MDT; (2) evidências de validade do instrumento; (3) padronização e normatização do instrumento.

## **Resultados**

A estratégia de busca apresentou um total de 395 estudos (BVS: 273; Portal Periódicos CAPES: 122), dos quais foram excluídos 170 por em ambas as bases de dados. Dos 225 estudos remanescentes e originais, 195 estudos foram com sujeitos vítimas de abuso sexual, dos quais

65 eram com crianças e/ou adolescentes vítimas de abuso sexual, enquanto outros eram estudos retrospectivos com adultos com histórico de abuso sexual na infância (N=128), ou com agressores sexuais sem histórico de abuso sexual mencionado no estudo (N=30). Dos 67 estudos selecionados, apenas 12 utilizaram algum instrumento ou medida psicométrica que mensurava trauma através do autorrelato de crianças e/ou adolescentes vítimas de abuso sexual e que se apoiavam em mensurações de aspectos clínicos do TEPT ou do MDT.

Com a *handsearch* e mais a consulta a especialistas foram acrescentados mais dois estudos, que incluíram o *Trauma-Related Beliefs Questionnaire* (TRBQ), para mensurar trauma em adolescentes que haviam sofrido abuso sexual na infância e um para o *Child Report of Post-Traumatic Symptoms* (CROPS), que mensura sintomas de transtorno de estresse pós-traumático em crianças e adolescentes. Os resultados encontrados são apresentados na figura 1.



*Figura 1*

Seleção dos estudos pelos critérios de inclusão/exclusão.

Os instrumentos selecionados possuem, no mínimo, alguma de suas dimensões que mensuram trauma, por ambos os modelos teóricos apresentados, e são eles o *Children's Impact of Traumatic Events Scale-Revised* (CITES-R; Wolfe, Gentile, Michienzi, Sas & Wolfe, 1991), o *Trauma-Related Beliefs Questionnaire* (TRBQ; Hazzard, 1993), o *Child PTSD Symptom Scale* (CPSS; Foa, Johnson, Feeny, & Treadwell, 2001), o *Child Report of Post-traumatic*

*Symptoms* (CROPS; Greenwald & Rubin, 1999), o *Trauma Symptom Checklist for Children* (TSCC; Briere, 1996) e o UCLA PTSD Index (Steinberg, Brymer, Decker, & Pynoos, 2004).

O Children's Impact of Traumatic Events Scale-Revised (CITES-R) é um instrumento de autorrelato desenvolvido para o uso com crianças e adolescente abusadas sexualmente (8-17 anos) por Chaffin e Shultz (2001). Este instrumento foi desenvolvido com base em três modelos conceituais, o Modelo de Dinâmicas Traumatogênicas (MDT), o do Transtorno de Estresse Pós-traumático (TEPT) e o Eroticism Model, ou Modelo de Eroticismo. O CITES-R possui 4 dimensões, que se dividem em 11 subescalas, a saber; na dimensão de sintomas do estresse pós-traumático, estão presentes as subescalas de pensamentos intrusivos (IT); subescala de ansiedade sexual (SX-A); subescala de hipervigilância (HYP-AR). Na dimensão de reações sociais, a subescala de reações negativas a outras pessoas (NRO) reúne itens sobre as percepções acerca de reações negativas de outras pessoas, após a revelação; na subescala de suporte social (SS); na dimensão atributos do abuso sexual, a subescala de autculpabilização (self-blame/ guilty) (SB-GU) reúne itens acerca da percepção de auto-responsabilização e culpa pela ocorrência do abuso sexual; na subescala de vulnerabilidade pessoal (PV), os itens refletem crenças de que o AS pode ocorrer novamente e que os indivíduos não tem controle para parar o abuso sexual; a subescala de crenças sobre mundo perigoso (DW), apresenta itens sobre a tendência de acreditar que ao adultos não são confiáveis e que as crianças serão sexualmente abusadas; a subescala de empoderamento (EMP) apresenta itens que abordam percepções de empoderamento para prevenir abusos sexuais futuros de ocorrerem. Na dimensão de erotismo (ERO), há uma única escala que recebe o mesmo nome desta dimensão, e aborda itens que refletem sentimentos sexuais frequentes.

Com relação aos itens do CITES-R construídos com base no MDT, eles estão assim distribuídos: estigmatização foi compreendida pelos itens da subescala de SB-GU (autoculpabilização e vergonha); traição foi compreendida pelos itens das subescalas de NRO

(reações negativas de outros), itens invertidos de SS (suporte social) e DW (mundo perigoso); sexualização traumática foi compreendida pelos itens de SX-A (ansiedade sexual) e ERO (erotismo); enquanto impotência foi compreendida pelos itens invertidos de EMP (empoderamento) e itens direto de PV (vulnerabilidade pessoal) (Celano et al., 1996; Chaffin & Shultz, 2001; Wolfe et al., 1991).

Chaffin e Shultz (2001) encontraram em amostra de 158 vítimas de abuso sexual (75% meninas) e com faixa etária entre 7-12 anos, a escala apresentou razoável consistência interna com coeficiente alfa total de 0,69. Quanto às evidências de validade da CITES-R, verificaram-se boas evidências de validade, como nos resultados de validade de construto que apresentaram pontuações nas dimensões de atributos do abuso sexual e de reações sociais preditoras para a dimensão sintomas do estresse pós-traumático (falta de ajuste entre Wilk's Lambda=0,003, ns; valores de R<sup>2</sup> variaram de 0,45 a 0,52). Além disso, 3 das 4 subescalas de sintomas de estresse pós-traumático (IT, AV e HYP-AR) mostraram-se, com o passar do tempo após tratamento, mudar os seus escores (Chaffin, & Shultz, 2001).

O Child PTSD Symptom Scale (CPSS) apresenta 17 itens associados a severidade dos sintomas de TEPT da DSM-IV, nas subescalas de re-experiência, evitação e reatividade, e são marcados em escala Likert de 4 pontos, que varia de “nunca” (0) a “5 ou mais vezes por semana” (3). Existe versão de autorrelato (CPSS-SR) e de heterorrelato (CPSS-P) para pais, os quais devem considerar os sintomas nas duas últimas semanas (Foa et al, 2001).

Oransky, Hahn e Stover (2013) confirmaram as evidências de validade do CPSS em amostras de 114 crianças (86,8% sexo feminino; 7-16 anos, M = 10,72 anos) vítimas de abusos sexual e seus cuidadores (N= 114), com a aplicação das duas versões do instrumento, e investigação de evidências de validade convergente-divergente, através de correlação de Pearson, entre ambas as versões de auto e heterorelato ( $r = 0,36$ ,  $p < 0,001$ ) e entre a sua versão de autorrelato e a escala de sintomas de depressão Mood and Feelings Questionnaire (MFQ;  $r$

= 0,45,  $p < 0,001$ ) e o Trauma History Questionnaire (THQ;  $r = 0,24$ ,  $p < 0,05$ ) e o PTSD Checklist-Civilian Version (PCL-C;  $r = 0,40$ ,  $p < 0,001$ ).

Gillian et al (2013), em amostra de 91 adolescentes do sexo feminino (13-18 anos,  $M = 15,3$  anos), encontraram consistência interna obtida, pelo alfa de Cronbach, para escala total foi de 0,82, enquanto para as subescalas foi de 0,58 (reatividade), 0,71 (evitação) e 0,74 (re-experiência). As correlações entre as subescalas e escala total foram fortes (0,77; 0,86; 0,82, respectivamente); o teste-reteste confirmou 0,86 ( $p < 0,001$ ,  $n = 40$ ) para o escore total, 0,83 ( $p < 0,001$ ,  $n = 40$ ) para re-experiência, 0,81 ( $p < 0,001$ ,  $n = 40$ ) para evitação, e 0,77 ( $p < 0,001$ ,  $n = 40$ ) para reatividade. Evidências de validade concorrente mostraram sua moderada correlação entre a escala total e o BDI ( $r = 0,65$ ), enquanto as subescalas variaram de (0,43 a 0,64); a validade convergente foi verificada por meio da concordância com os resultados da entrevista K-SADS, enquanto a validade divergente foi verificada por meio da correlação com o STAXI-2 e se não mostrou significativa para a escala total ( $r = 0,19$ ,  $p < 0,12$ ) e re-experiência ( $r = 0,09$ ,  $p < 0,44$ ), enquanto para reatividade ( $r = 0,25$ ,  $p < 0,04$ ) apresentou resultado contrário. Outras evidências foram encontradas com o resultado de tratamento, que mostrou valor significativo e baixo,  $F(1,39) = 182,40$ ,  $p < 0,001$ , parcial  $\eta^2 = 0,82$ . As correlações entre o número de sessões e a média de escore do CPSS foi  $-0,98$  ( $p < 0,001$ ), indicando que com o aumento do número de sessões ocorre a redução dos seus escores.

O TRBQ (Hazzard, 1993) é uma escala com 56 itens desenvolvida para mensurar crenças relacionadas ao MDT, representando itens de cada dimensão: sexualização traumática (7), traição (10), impotência (10) e autoculpabilização (*self-blame*)/estigmatização (29), pontuados em escala *Likert* de 5 pontos que variam de “0” (absolutamente inverdade) a “4” (absolutamente verdadeiro) e seu somatório discriminam que, quanto maiores escores, mais intensas são as crenças desadaptativas relacionadas ao trauma.

Hazzard (1993) cita que embora o TRBQ tenha sido normatizado para população adulta,

ela pode também ser estendida a população de adolescentes. Edwards e Hendrix (2001) usaram o TRBQ para explorar crenças associadas ao MDT em adolescentes agressores sexuais e que também foram vítimas de abuso sexual, no sexo masculino. As evidências de validade da TRBQ neste estudo foram obtidas por meio de equações de regressão múltiplas em predição com outras medidas e questionários de sintomatologias psicológica e comportamental. Os resultados destes estudos de validade estão em consonância com os apresentados pelo autor da escala (Hazzard, 1993).

Neste estudo com adolescentes agressores sexuais, os autores encontraram, quanto à validade preditiva, que as crenças de estigmatização predisseram baixa autoestima (41,9% de variância), mais problemas interpessoais (45,5% de variância), mais sintomas depressivos (7,1% de variância) e mais estresse psicológico (37,9% de variância). Crenças de traição foram associadas à problemas interpessoais (6,1% de variância), locus externo de controle (7,9% de variância) e problemas sexuais. Quanto às crenças sobre impotência, foram encontradas associações preditivas com locus externo de controle e depressão, porém o percentual não foi relatado no estudo. A consistência interna encontrada foi de 0,86, quando mensurada pelo alfa de Cronbach. Para as subescalas os resultados foram os seguintes: estigmatização = 0,75; traição = 0,57; impotência = 0,69; sexualização traumática = 0,83.

Outro estudo com o TRBQ apontou evidências de validade para identificar casos de abuso sexual em jovens, do sexo feminino, colocadas em lares substitutivos para adoção (Breno, & Galupo, 2007). Esta pesquisa apontou que além das jovens que sofreram abuso terem duas vezes mais chances de serem recolocadas em lares substitutivos, o TRBQ mostrou-se sensível para a amostra de vítimas de lares substitutivos, em comparação com as vítimas de AS que não participavam deste contexto. Outro dado relevante foi que, dentre as 4 subescalas, a de autculpabilização (*self-blame*)/ estigmatização mostrou resultados mais significativos para diferenciar vítimas que vivenciam a recolocação de lares, após o AS, e os autores sugerem que

esta possa ser uma importante medida de impacto na vida destas pessoas após estes eventos de vida. Assim como foram verificados resultados excelentes de consistência interna para a escala total ( $\alpha = 0,93$ ) e outros que variaram de ótimo a excelente para as subescalas de autculpabilização (*self-blame*)/ estigmatização ( $\alpha = 0,86$ ), traição ( $\alpha = 0,86$ ), impotência ( $\alpha = 0,79$ ) e sexualização traumática ( $\alpha = 0,93$ ).

O TSCC é uma medida de autorrelato desenvolvido para avaliar uso com crianças e adolescentes (8-16 anos) e apresenta 54 itens que abrangem sintomas de ansiedade (ANX), depressão (DEP), raiva (ANG), dissociação (DIS), estresse pós-traumático (PTS) e preocupações sexuais (SC). O TSCC ainda possui 2 escalas de validade, a de subresposta (under-response - UND) e a de hiperresposta (hyper-response - HYP). (Brière, 1996). Embora ele não tenha sido desenvolvido para uso como ferramenta diagnóstica, ele avalia exposição a uma variedade de traumas, incluindo trauma sexual. Ele foi usado em uma variedade de estudos sobre reações pós-traumáticas em crianças e adolescentes com idade entre 8 e 18 anos (Kolko et al., 2010; Nilsson, Gustafsson, & Svedin, 2012) e em ensaios clínicos para o tratamento de crianças e adolescentes abusadas sexualmente (Cohen, Mannarino, & Knudsen, 2005; Lanktree & Brière, 1995).

O TSCC, em amostra de grupo normativo de 728 participantes (42,1% sexo feminino; 10-17 anos,  $M = 13,2$  anos) e de 91 do grupo clínico de vítimas de abuso sexual (76,9% sexo feminino; 10-17 anos,  $M = 12,3$  anos), mostrou ótima validade de construto por análise fatorial exploratória com a definição de 9 fatores, com autovalor superior a 1, e 56,8% de variância explicada, pelo método de extração de Análise de Componentes Principais e rotação varimax, com normalização Kaiser; enquanto, a análise fatorial confirmatória mostrou uma estrutura similar a de Brière (1996), com 6 fatores e 50,7% de variância; assim como as correlações entre as escalas clínicas e a escala total variaram entre 0,62 e 0,82; validade concorrente entre a escala dissociação do TSCC e a escala Dis-Q-Sweden mostraram forte correlação de Pearson ( $r=0,75$ ).

A validade de critério foi avaliada por meio diferenças de média entre os escores do grupo normativo e do grupo clínico para cada escala do TSCC (Nilsson, Wadsby, & Svedin, 2008). Outro estudo de evidências de validade com crianças sexualmente abusadas apontaram correlações significativas do TSCC com outra medida de heterorrelato destinada a crianças mais jovens, o TSCYC. Estas correlações mostraram resultados expressivos entre as subescalas ANX e SC ( $r=0,30$ , ambas), DEP ( $r=0,22$ ), ANG ( $r=0,29$ ), enquanto as demais (PTS e DIS) apresentaram valores inferiores a 0,20 (Lanktree, Gilbert, Briere Taylor, Chen, Maida et al, 2008).

Outro estudo com o TSCC foi realizado em amostra de 119 adolescentes (60,5% sexo feminino; 13-17 anos,  $M=15,2$ ) hospitalizados em internação psiquiátricas e vítimas de abuso (Sadowski, & Friedrich, 2000). Verificou-se que o TSCC mostrou valores de confiabilidade, por meio do alfa de Cronbach, que variaram para a escala total e subescalas de 0,71 (subescala dissociação-fantasia) a 0,97 (escala total), além da verificação por *split half* que mostrou valores satisfatórios (Spearman-Brown  $r = 0,97$ ). As evidências de validade mostraram forte correlação entre subescalas e escala total, com valores superiores a 0,80, por meio da correlação de Pearson, com exceção de 0,69 na subescala SC ( $p<0,001$ ). As evidências de validade convergente-divergente, mostraram forte correlações entre subescalas do TSCC e medidas correlatas de problemas comportamentais no *Symptom Checklist 90 – revised* (SCL-90-R) em sua escala de ansiedade com as subescalas ANX ( $r = 0,76$ ) e ANG ( $r = 0,74$ ); no *Adolescent-Dissociative-Experiences Scale* (A-DES) e a subescala DIS ( $r = 0,79$ ); na Escala Beck de Depressão (BDI) e a subescala DEP ( $r = 0,81$ ), assim como estresse pós-traumático na escalas clínicas (PSK e PSS) do Inventário de Personalidade Multifásico de Minnessota (MMPI) e a subescala PTS ( $r = 0,69$  e  $0,67$ , respectivamente).

O estudo de adaptação e evidências de validade do TSCC, com 583 participantes do grupo normativo (31,7% sexo feminino; 13-21 anos) e 41 do grupo clínico (32,78% mulheres;

14-21 anos; 33,80% vítimas de abuso sexual), apontou fortes evidências de validade com uso de medidas convergentes, entre DEP e a escala de depressão CES-D ( $r = 0,72$ ,  $p < 0,001$ ), entre ANX e a escala de estado e traços de ansiedade STADI ( $r = 0,60$ ,  $p < 0,001$ ), e entre PTS e o PTSD-RI ( $r = 0,76$ ,  $p < 0,001$ ). Na amostra clínica, verificou-se forte correlação entre DIS e a escala A-DES ( $r = 0,71$ ,  $p < 0,001$ ), assim como DEP e os escores z padronizados de CES-D ( $r = 0,81$ ,  $p < 0,001$ ), entre PTS e PTSD-RI ( $r = 0,79$ ,  $p < 0,001$ ). A AFC mostrou bom ajuste para modelo de seis fatores ( $\chi^2$ ,  $df = 2,660,78$ ,  $1,303$ ; CFI = 0,85; TLI = 0,84; RMSEA = 0,04) e dos 54 itens, 50 carregaram acima de 0,30 (Matulis, Loos, Langguth, Schreiber, Gutermann, Gawrilow et al, 2015).

Chung (2014), com amostra de 405 participantes do grupo normativo (55,3% meninas; faixa etária de 8 a 16 anos) e 73 do grupo de vítimas de abuso sexual (65,7%; faixa etária de 8 a 17 anos), evidenciou que a confiabilidade do TSCC na amostra de crianças abusadas sexualmente, foi confirmada por meio de teste-reteste ( $r = 0,91$ ) para a escala total e valores superiores a 0,70 para as escalas de sintomas; enquanto a consistência interna da escala total, por meio do alfa de Cronbach, foi superior a 0,90 e para as demais escalas do teste superior a 0,79 (preocupações sexuais), com exceção das subescala de angústia sexual ( $\alpha = 0,66$ ) e subescala de dissociação ( $\alpha = 0,51$ ). As evidências de validade de construto foram asseguradas por análise fatorial exploratória, com a indicação de 9 fatores com autovalor superior a 1 e 55,1% de variância explicada, enquanto a análise confirmatória apresentou 6 fatores explicando 51,1% de variância. Estes dados apontaram estrutura similar a encontrada por Brière (1996). As correlações entre as subescalas e a escala total variaram de 0,71 (preocupações sexuais) a 0,90 (depressão). A validade concorrente, obtida pelo coeficiente de Pearson, foi de 0,55 com CDI e 0,74 com STAI-C. Foram confirmadas ainda significativas diferenças de média (ANOVA) pela diferença de idade, as pontuações na subescala de preocupações sexuais foram maiores em meninos ( $1.5 \pm 2.4$ ), que em meninas ( $0.6 \pm 1.3$ ) ( $P = 0.002$ ), assim como na escala de

validade de sub-resposta que mostrou valores mais altos em meninos ( $6.8\pm 3.0$ ), que em meninas ( $6.0\pm 2.5$ ) ( $P= 0,04$ ) no grupo de adolescentes.

Recente estudo realizado com 215 participantes (72% sexo feminino; 8-16 anos) apontou que o TSCC é capaz de manter bons indicadores de evidências de validade para vítimas de abuso sexual, por meio da sua versão curta (*short form*), de 29 itens extraídos dos 54 originais (Wherry, Huffhines, & Walisky, 2016). A análise de estrutura interna apontou por meio do método de extração de análise de componentes principais e rotação varimax, com normalização Kaiser, a presença de 6 componentes. Por meio de vários passos, realizou descarte de itens que não carregaram no fator correspondente a sua escala, ou itens que carregaram em um fator ou itens que carregaram em mais de um fator. No final restaram 6 dimensões para 35 itens com alta carga fatorial ( $>0,40$ ) e, posteriormente, a AFC reduziu para 29 itens, com modelo de 6 fatores, obtidos por aplicação de modelagem de equação estrutural.

O UCLA *Posttraumatic Stress Disorder-Reaction Index* (PTSD-RI) (Steinberg et al, 2004) é um questionário de rastreio tanto para exposição a eventos traumáticos ao longo da vida, quanto para avaliar sintomas do TEPT durante o último mês, pontuados em uma escala Likert de 0 (nenhuma vez) a 4 (maior parte das vezes). O instrumento contém 3 partes, a primeira é uma sessão para exposição a 12 diferentes eventos traumáticos; a segunda destina-se a discriminar 12 questões associadas a experiências subjetivas e objetivas e memórias de eventos traumáticos; a última sessão destina-se a frequência da ocorrência de 20 sintomas específicos de TEPT, de acordo com os critérios da DSM-IV.

Wherry et al (2016) recentemente mostrou evidências de validade do TSCC-SF, para a amostra de 215 crianças abusadas sexualmente atendidas em centro de tratamento, com o PTSD RI mostrou significativa associação com esta medida ( $r = 0,76$ ,  $p<000,1$ ), assim como a subescala de dissociação do TSCC-SF mostrou-se moderadamente correlacionada ( $r = 0,57$ ,  $p<000,1$ ).

Michalopoulos, Murray, Kane, van Wyk, Chomba, Cohen et al (2015) mostrou em amostra de 352 vítimas de abuso sexual (6-15 anos, 98% meninas) que o PTSD RI apresentou excelente consistência interna, alfa de Cronbach, 0,93. A validade discriminante foi verificada por meio da concordância da versão do PTSD RI de autorrelato e de heterorrelato, quanto a ausência de medo (55%,  $p < 0,02$ ), a presença de evitação (46%,  $p < 0,001$ ), com resultados estatísticos significativos. Murray, Bass, Chomba, Imasiku, Thea, Semrau et al (2011) utilizaram o mesmo banco de dados e a mesma amostra, em estudo de construção do *Shame Questionnaire*, e mostraram que o PTSD-RI possui correlação moderada com aquele instrumento ( $r = 0,41$ ,  $p < 0,0001$ ).

O CROPS é um questionário de auto-relato de 26 itens aplicado a crianças e adolescentes, que abrange o espectro de sintomas pós-traumáticos para diversos eventos traumáticos. Os sintomas são considerados de acordo com formulações empíricas e outras de acordo do modelo de TEPT, previstos pela DSM-IV. O respondente deve marcar em uma escala 0-2 de intensidade (nenhuma, alguma, bastante), podendo o resultado variar de 0 a 52 pontos, e resultados superiores a 19 pontos indicam preocupação clínica. O CROPS mostrou boas evidências de validade e consistência interna por meio do alfa de Cronbach em vários contextos e idiomas (Greenwald & Rubin, 1999; Wiedemann & Greenwald, 2000), assim como sensibilidade para a mudança dos níveis de sintomas pós-traumáticos (Jaberghaderi, Greenwald, Rubin, Zand, & Dolatabadi, 2004). Oh, Park, Lee e Bae (2014), em duas amostras de 291 participantes do grupo normativo e 60 do grupo clínico, com idades entre 10 e 19 anos ( $M = 14,05$ ) e 52,9% do sexo masculino para ambas as amostras, encontraram que CROPS mostrou forte correlação com CRIES ( $r = 0,68$ ).

O resultado final apresentou 15 estudos (N=15), dos quais se identificaram 6 instrumentos de mensuração de trauma, de acordo com o modelo teórico do TEPT ou do MDT, aplicados em crianças e/ou adolescentes vítimas de abuso sexual, de acordo com os dados apresentados tabela 1.

*Tabela 1.*

Características dos instrumentos psicométricos relacionados à aspectos do MDT e do TEPT destinados a vítimas de abuso sexual.

<b>Acrônimo</b>	<b>Instrumento</b>	<b>Estudos</b>	<b>Modelo teórico</b>	<b>Dimensões/ Escalas/ Construto</b>	<b>Evidências de validade</b>	<b>N. Itens</b>	<b>Público-alvo</b>
CITES-R	<i>The Children's Impact of Traumatic Events Scale-Revised</i>	Chaffin, & Shultz (2001)	MDT TEPT ERO	Sintomas TEPT; Reações sociais; Atributos do abuso sexual; Erotismo	Validade de construto Validade discriminante Validade convergente-divergente (TSCC; CBCL; SAFE; CAM; CAF; IPA; etc) Fidedignidade por consistência interna	78	8-16 anos
CPSS	<i>Child PTSD Symptom Scale</i>	Oransky, Hahn, & Stover (2013) Gillihan, Aderka, Conklin, Capaldi, & Foa, (2013)	TEPT	Sintomas TEPT (re-experiência, evitação e reatividade)	Validade convergente-divergente (CPSS-I; MFQ; THQ; PCL-C) Validade concorrente Validade de critério (sexo) Fidedignidades por consistência interna e por teste-reteste	17	8-18 anos
CROPS	<i>Child Report of Post-</i>	Oh, Park, Lee, & Bae, (2014)	TEPT	Sintomas TEPT	Validade convergente (CRIES)	26	Crianças e adolescents

	<i>Traumatic Symptoms</i>				Validade de critério (entre grupos) Fidedignidade por consistência interna.		
TRBQ	<i>Trauma-related Beliefs Questionnaire</i>	Edwards, & Hendrix (2001) Breno, & Galupo (2007)	MDT	Sexualização traumática; Traição; Impotência; Estigmatização	Validade de critério Fidedignidade por consistência interna	56	Adolescentes
TSCC	<i>Trauma Symptom Checklist for Children</i>	Lanktree, Gilbert, Briere Taylor, Chen, Maida et al (2008); Wherry, Huffhines, & Walisky, (2016); Chung (2014); Nilsson, Wadsby, Svedin, (2008); Sadowski, & Friedrich, (2000); Matulis, Loos, Langguth, Schreiber, Gutermann, Gawrilow, & Steil, (2015)	TEPT	Sintomas de ansiedade, depressão, estresse pós-traumático, raiva, dissociação e preocupações sexuais	Validade convergente (TSCC-SF; UCLA PTSD RI; TSCYC; CBCL; PIY; STAI-C; CDI; Dis-Q-Sweden; SCL-90-R; A-DES; MMPI, Rorschach; STAD; BDI-II; DICA; CES-D); Validade preditiva Validade de critério (entre grupos) Validade fatorial (exploratória e confirmatória); Fidedignidades por consistência interna e por teste-reteste	54	8-16 anos

PTSD RI	<i>The University of California at Los Angeles - Post-Traumatic Stress Disorder Reaction Index</i>	Michalopoulos, Murray, Kane, van Wyk, Chomba, Cohen, ... & Bolton, P. A. (2015). Murray, Bass, Chomba, Imasiku, Thea, Semrau,... & Bolton, P. Wherry, Huffhines, & Walisky, (2016);	TEPT	Sintomas de TEPT - Critérios B (re-experiência), C (evitação/entorpecimento) e D (reatividade) - DSM-IV	Validade de critério (grupos de tipo de trauma) Validade trans-cultural Validade concorrente (número de episódios de abuso sexual) Validade convergente (TSCC-SF; <i>Shamme Questionnaire</i> ) Fidedignidade consistência interna	22	7-18 anos
---------	--	--	------	---	---	----	-----------

## Discussão

Verificou-se que dos seis instrumentos de autorrelato destinados a mensurar reações traumáticas em crianças e adolescentes vítimas de abuso sexual, três estão associados exclusivamente ao modelo teórico do TEPT, a saber o PTSD RI, o CROPS e o CPSS; enquanto o TSCC mensura sintomas de estresse pós-traumáticos e outros sintomas correlatos, o CITES-R mensura estes mesmos sintomas e outras reações emocionais e cognitivas, derivativas do MDT. O TRBQ é o único que mensura as reações associadas exclusivamente ao MDT. Isto evidencia pesquisas que apontam o modelo teórico do TEPT como sendo o mais estudado para avaliar trauma em crianças (Copeland, Keeler, Angold, & Costello, 2007).

Os três instrumentos destinados a mensurar exclusivamente os sintomas do TEPT foram construídos com base nos seus três *clusters* de sintomas, reconhecidos pela DSM-IV, re-experiência, evitação e reatividade. Estes instrumentos juntos apresentaram sete estudos de evidências de validade com amostra de crianças vítimas de abuso sexual, assim como largo número de evidências acumuladas. O PTSD RI apresentou ainda outras seções destinadas a avaliar a variedade de eventos traumáticos e outra relacionada a percepção subjetiva e objetiva de exposição a estes eventos, porém os estudos de evidências de validade deste instrumento se restringiram apenas a seção de sintomas de TEPT.

O TSCC foi o único instrumento que apresentou o maior número de estudos ( $n = 7$ ) e, conseqüentemente, o maior número de evidências de validade acumuladas para aquela amostra, assim como a maior variedade de culturas e número de sujeitos nas amostras (grupo normativo  $N = 1716$ ; grupo de vítimas de abuso sexual  $N = 539$ ). Em todas as pesquisas, este instrumento mostrou evidências favoráveis (convergente, preditiva, de critério e fatorial), especialmente associada a redução dos escores e a quantidade de sessões de tratamento (preditiva); além de estudos com valores que variaram de bom a ótimo para consistência interna e excelente resultado de teste-reteste encontrado para um estudo com este instrumento. O TSCC foi o único a apresentar resultados de AFE e AFC com o público vítima de abuso sexual. Acresce-se que

apenas o TSCC possui evidências de validade para a realidade brasileira (Lobo, 2014).

O TRBQ se mostrou como o único instrumento construído exclusivamente de acordo com o MDT. Embora tenha apresentado apenas dois estudos de evidência de validade com crianças vítimas de abuso sexual, ele mostrou bons resultados apenas para um tipo de validade (critério), assim como bons valores de consistência interna. O CITES-R combinou modelos teóricos (TEPT, MDT e ERO) apresentando quatro evidências de validade (validade de construto, validade discriminante, validade convergente e divergente) para seu uso com vítimas de abuso sexual.

Destaca-se que os instrumentos careceram de apresentação dos resultados de validade de conteúdo, porque já eram instrumentos construídos para outros eventos traumáticos, com exceção do CITES-R e do TRBQ – os únicos associados, combinadamente e exclusivamente, às dinâmicas traumatogênicas (MDT), respectivamente. Outras evidências de validade como, por exemplo, a validade fatorial, foi encontrada para apenas para o TSCC, em dois de seus estudos. Outras evidências de validade com base na estrutura interna e Teoria de Resposta ao Item (TRI) não foram encontradas nos respectivos estudos investigados nesta revisão. Os resultados mais frequentes sobre as propriedades psicométricas estiveram associadas à fidedignidade, ou consistência interna, encontrando-se valores que variaram de baixa ( $\alpha = 0,69$ ) para a escala total do CITES-R e fortes ( $\alpha = 0,93$ ), como foi o caso do TRBQ e do PTSD RI.

### **Considerações**

A mensuração de reações traumáticas do abuso sexual está diretamente sobrepesada em instrumentos de medida de sintomas de estresse pós-traumático (TEPT), os quais não foram criados exclusivamente para este tipo de evento específico (TSCC, CROPS, CPSS, PTSD RI). Destes, destacam-se o TSCC e o PTSD RI como medidas com maior acúmulo de evidências de validade e estudos transculturais para o público citado. Destes instrumentos apenas o TSCC tem evidências de validade para a população brasileira.

O CITES-R, por outro lado, foi concebido para mensurar reações associadas àqueles sintomas já citados, assim como a respostas emocionais e perceptivas propostas pelo MDT, e por outro modelo teórico de comportamentos sexuais (*Eroticism Model*), e apresentou apenas único estudo de evidências de validade para a amostra de vítimas de abuso sexual, com número bom de quatro evidências de validade. O TRBQ foi o instrumento exclusivamente desenvolvido para discriminar o efeito do abuso sexual nas 4 dimensões do TRBQ (traição, impotência, sexualização traumática e auto-culpabilização), no entanto mostrou poucos estudos de evidências de validade.

Sugere-se para pesquisas futuras a construção de medidas destinadas exclusivamente ao público de vítimas de abuso sexual, com o foco em processos psíquicos, como crenças e sentimentos associados a experiência de abuso sexual. Considera-se que medidas padronizadas ou genéricas de respostas traumáticas são inadequadas para a natureza de cada evento traumático e sugere-se pesquisas futuras com uso de métodos estatísticos robustos (AFC e estrutura interna por TRI), com a finalidade de fortalecer o acúmulo de indicadores propostos pela psicometria moderna.

## Referências

- Barth, J., Bermetz, L., Heim, E., Trelle, S., & Tonia, T. (2012). The current prevalence of child sexual abuse worldwide: a systematic review and meta-analysis. *International journal of public health*, 58(3), 469-483.
- \*Breno, A. L., & Galupo, M. P. (2007). Sexual abuse histories of young women in the US child welfare system: A focus on trauma-related beliefs and resilience. *Journal of child sexual abuse*, 16(2), 97-113.
- Briere, J. (1996). *Trauma Symptom Checklist for Children (TSCC)*. Odessa, FL: Psychological Assessment Resources.

- Browne, A., & Finkelhor, D. (1986) Impact of Child Sexual Abuse. A Review of the Research. *Psychological Bulletin*, 99 (1), 66-77, doi:10.1037/0033-2909.99.1.66
- Carr, A. (2006). *Handbook of Clinical Child and Adolescent Psychology: A Contextual Approach*. 2<sup>a</sup> ed. London: Routledge.
- Celano, M., Hazzard, A., Webb, C., & McCall, C. (1996). Treatment of traumagenic beliefs among sexually abused girls and their mothers: An evaluation study. *Journal of abnormal child psychology*, 24(1), 1-17.
- \*Chaffin, M., & Shultz, S. K. (2001). Psychometric evaluation of the Children's Impact of Traumatic Events Scale-Revised. *Child abuse & Neglect*, 25(3), 401-411.
- \*Chung, U. S. (2014). The Korean version of the trauma symptom checklist for children: psychometric properties and the connection to trauma among Korean children and adolescents. *Journal of Korean medical science*, 29(6), 837-845.
- Cohen, J. A., Mannarino, A. P., & Knudsen, K. (2005). Treating sexually abused children: 1 year follow-up of a randomized controlled trial. *Child Abuse and Neglect*, 29(2), 135\_145. doi:http://dx.doi.org/10.1016/j.chiabu.2004.12.005.
- Copeland, W. E., Keeler, G., Angold, A., Costello, E.J. (2007). Traumatic events and posttraumatic stress in childhood. *Arch Gen Psychiatry*, 64(5), 577-584.
- \*Edwards, C., & Hendrix, R. (2001). Traumagenic Dynamics in Adult Women Survivors of Childhood Sexual Abuse vs. Adolescent Male Sex Offenders with Similar Histories. *Journal of Offender Rehabilitation*, 33(2), 33-45.
- Finkelhor, D., & Browne, A. (1985). The traumatic impact of child sexual abuse: A Conceptualization. *American Journal of Orthopsychiatry*, 55(4), 530-541. doi: 10.1111/j.1939-0025.1985.tb02703.x
- Foa, E., Johnson, K., Feeny, N., Treadwell, K.R., 2001. The child PTSD symptom scale: a preliminary examination of its psychometric properties. *J. Clin. Child Psychol.* 30 (3),

376–384.

Fricker, A. E., & Smith, D. W. (2001). Trauma specific versus generic measurement of distress and the validity of self-reported symptoms in sexually abused children. *Journal of child sexual abuse, 10*(4), 51-66.

\*Gillihan, S. J., Aderka, I. M., Conklin, P. H., Capaldi, S., & Foa, E. B. (2013). The Child PTSD Symptom Scale: psychometric properties in female adolescent sexual assault survivors. *Psychological assessment, 25*(1), 23.

Gomes-Schwartz, B., Horowitz, J. M., Cardarelli, A. P. & Sauzier, M. (1990). The aftermath of child sexual abuse: 18 months later. In B. Gomes-Schwartz, J. M. Horowitz, A. P. Cardarelli. *Child sexual abuse: The initial effects*. Newbury Park, CA: Sage, 132-152.

Greenwald, R., & Rubin, A. (1999). Assessment of posttraumatic symptoms in children: Development and preliminary validation of parent and child scales. *Research on Social Work Practice, 9*(1), 61-75.

Hazzard, A. (1993). Trauma-related beliefs as mediators of sexual abuse impact in adult women survivors: A pilot study. *Journal of Child Sexual Abuse, 2*(3), 55–69. doi:10.1300=J070v02n03\_04.

Jaberghaderi, N., Greenwald, R., Rubin, A., Zand, S. O., & Dolatabadi, S. (2004). A comparison of CBT and EMDR for sexually-abused Iranian girls. *Clinical Psychology & Psychotherapy, 11*(5), 358-368.

Kendall-Tackett, K. A., Williams, L. M., & Finkelhor, D. (1993). Impact of sexual abuse on children: A review and synthesis of recent empirical studies. *Psychological Bulletin, 113*(1), 164-180.

Kolko, D. J., Hurlburt, M. S., Zhang, J., Barth, R. P., Leslie, L. K., & Burns, B. J. (2010). Posttraumatic stress symptoms in children and adolescents referred for child welfare investigation: A national sample of in-home and out-of-home care. *Child Maltreatment,*

15(1), 48\_63. doi: <http://dx.doi.org/10.1177/1077559509337892>

Lanktree, C. B., & Briere, J. (1995). Outcome of therapy for sexually abused children: A repeated measures study. *Child Abuse and Neglect*, 19(9), 1145\_1155. doi: [http://dx.doi.org/0145-2134\(95\)00075-J](http://dx.doi.org/0145-2134(95)00075-J)

\*Lanktree, C. B., Gilbert, A. M., Briere, J., Taylor, N., Chen, K., Maida, C. A., & Saltzman, W. R. (2008). Multi-informant assessment of maltreated children: Convergent and discriminant validity of the TSCC and TSCYC. *Child Abuse & Neglect*, 32(6), 621-625.

Lobo, B. D. O. M. (2014). *Adaptação transcultural e avaliação das propriedades psicométricas de escalas de sintomas e cognições pós-traumáticas em crianças e adolescentes* (Master's thesis, Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul).

\*Matulis, S., Loos, L., Langguth, N., Schreiber, F., Gutermann, J., Gawrilow, C., & Steil, R. (2015). Reliability, factor structure, and validity of the German version of the Trauma Symptom Checklist for Children in a sample of adolescents. *European journal of psychotraumatology*, 6.

McLeer, S. V., Deblinger, E., Atkins, M. S., Foa, E. B., & Ralphe, D. L. (1988). Post-traumatic stress disorder in sexually abused children. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 27(5), 650-654.

\*Michalopoulos, L. T., Murray, L. K., Kane, J. C., van Wyk, S. S., Chomba, E., Cohen, J., ... & Bolton, P. A. (2015). Testing the validity and reliability of the Shame Questionnaire among sexually abused girls in Zambia. *PloS one*, 10(4), e0123820.

\*Murray, L. K., Bass, J., Chomba, E., Imasiku, M., Thea, D., Semrau, K., ... & Bolton, P. (2011). Validation of the UCLA Child Post traumatic stress disorder-reaction index in Zambia. *International Journal of Mental Health Systems*, 5(1), 24.

Nader, K. O. (1997). Assessing traumatic experiences in children. In J. P. Wilson & T. M. Keane (Eds.), *Assessing psychological trauma and PTSD* (pp. 291-348). New York:

Guilford Press.

- Nader, K. O. (2004). Assessing traumatic experiences in children and adolescents: Self-reports of DSM PTSD criteria B-D symptoms. In J. P. Wilson & T. M. Keane (Eds.), *Assessing psychological trauma and PTSD* (2nd edition, pp. 513–537). New York: Guilford.
- Nilsson, D. K., Gustafsson, P. E., & Svedin, C. G. (2012). Polytraumatization and trauma symptoms in adolescent boys and girls: Interpersonal and noninterpersonal events and moderating effects of adverse family circumstances. *Journal of Interpersonal Violence*, 27(13), 2645\_2664. doi: <http://dx.doi.org/10.1177/0886260512436386>.
- \*Nilsson, D., Wadsby, M., & Svedin, C. G. (2008). The psychometric properties of the Trauma Symptom Checklist for Children (TSCC) in a sample of Swedish children. *Child Abuse & Neglect*, 32(6), 627-636.
- \*Oh, E. A., Park, E. J., Lee, S. H., & Bae, S. M. (2014). Validation of the Korean version of the Children's Revised Impact of Event Scale. *Clinical psychopharmacology and neuroscience*, 12(2), 149.
- \*Oransky, M., Hahn, H., & Stover, C. S. (2013). Caregiver and youth agreement regarding youths' trauma histories: Implications for youths' functioning after exposure to trauma. *Journal of youth and adolescence*, 42(10), 1528-154.
- Paolucci, E., Genuis, M., & Violato, C. (2001). A meta-analysis of the published research on the effects of child sexual abuse. *Journal of Psychology*, 135(1), 17–36.
- Rind, B., & Tromovitch, P. (1997). A meta-analytic review of findings from national samples on psychological correlates of child sexual abuse. *Journal of Sex Research*, 34(3), 237–255.
- \*Sadowski, C. M., & Friedrich, W. N. (2000). Psychometric properties of the Trauma Symptom Checklist for Children (TSCC) with psychiatrically hospitalized adolescents. *Child Maltreatment*, 5(4), 364-372.

- Satapathy, S., Choudhary, V., & Sagar, R. (2017). Tools to assess psychological trauma & its correlates in child sexual abuse: A review & current needs in Asia. *Asian Journal of Psychiatry*, 25, 60-73.
- Steinberg, A. M., Brymer, M. J., Decker, K. B., & Pynoos, R. S. (2004). The University of California at Los Angeles post-traumatic stress disorder reaction index. *Current psychiatry reports*, 6(2), 96-100.
- Strand, V. C., Sarmiento, T. L., & Pasquale, L. E. (2005). Assessment and Screening Tools for Trauma in Children and Adolescents A Review. *Trauma, Violence, & Abuse*, 6(1), 55-78.
- \*Wherry, J. N., Huffhines, L. P., & Walisky, D. N. (2016). A short form of the Trauma Symptom Checklist for Children. *Child maltreatment*, 21(1), 37-46.
- Wiedemann, J., & Greenwald, R. (2000, November). Child trauma assessment with the CROPS and PROPS: Construct validity in a German translation. In *Symposium conducted at the annual meeting of the International Society for Traumatic Stress Studies, San Antonio, TX*.
- Wolfe, D. A., Sas, L., & Wekerle, C. (1994). Factors associated with the development of posttraumatic stress disorder among child victims of sexual abuse. *Child abuse & neglect*, 18(1), 37-50.
- Wolfe, V.V., Gentile, C., Michienzi, T., Sas, L., & Wolfe, D.A. (1991). The Children's Impact of Traumatic Events Scale: a measure of postsexual abuse PTSD symptoms. *Behavioral Assessment*, 13(1), 159-383.

## Artigo 2

### **Escala de Reações Traumáticas a Eventos Estressores (ERTES): construção e evidências de validade**

Lucas Dannilo Aragão Guimarães

Makilim Nunes Baptista

**Resumo:** O objetivo do estudo foi verificar as evidências de validade e a consistência interna de uma nova escala construída para avaliar reações traumáticas de vítimas de abuso sexual. A Escala de Reações Traumáticas a Eventos Estressores (ERTES) foi construída com base nos modelos teóricos de Dinâmicas Traumatogênicas (MDT) e de Transtorno de Estresse Pós-Traumático (TEPT) em uma versão inicial com 72 itens. Os participantes do estudo foram 353 crianças e adolescentes vítimas de abuso sexual (idades de 8 a 17 anos;  $M = 12,15$ ;  $DP = 2,64$ ; 77,9% sexo feminino), atendidas em serviços especializados de assistência psicológica. Os resultados de validade de conteúdo mostraram concordância aceitável dos juízes quanto a relação entre itens e modelos teóricos e as Análises Fatoriais Exploratórias ajudaram a reter 5 dimensões associadas aos modelos teóricos de reações traumáticas e os resultados auxiliaram reduzir a escala para 51 itens. Os parâmetros de ajuste ao item e de habilidade das pessoas mostraram bons indicadores, bem como os resultados de DIF para sexo. A consistência interna mostrou resultados que variaram de bons a ótimos, entre a escala total e os fatores. Os indicadores de evidências de validade mostraram bons resultados e sugerem-se estudos para aprofundamento das análises psicométricas uma vez que a ERTES se mostrou como um adequado instrumento para avaliação de abuso sexual.

**Palavras-chave:** reações traumáticas; psicomетria; abuso sexual infantil.

**Abstract:** The objective of the study was to verify the evidences of validity and internal consistency of a new scale constructed to evaluate traumatic reactions of sexual abuse victims. The Traumatic Reactions to Events Stressors Scale (TRESS) was constructed based on the theoretical models of Traumatic Dynamics (TDM) and of Post-Traumatic Stress Disorder (PTSD) with the initial version of 72 items. The participants of the study were 353 children and adolescents victims of sexual abuse (ages 8 to 17 years,  $M = 12,15$ ,  $SD = 2.64$ , 77.9% female), attending specialized psychological services. The content validity results showed acceptable

agreement of the judges regarding the relation between items and theoretical models. Exploratory Factor Analysis helped to retain 5 dimensions associated with theoretical models of traumatic reactions and their results helped reduce the scale to 51 items. Parameter-fit and skill parameters of the individuals showed good indicators, although DIF results. Internal consistency showed results that ranged from good to optimal, between full scale and factors. Indicators of validity evidences showed good results and studies are suggested to deepen the psychometric analysis since the ERTES has proved to be an adequate instrument for the evaluation of sexual abuse.

**Keyword:** traumatic reactions; psychometric; child sexual abuse.

## **Introdução**

O abuso sexual (AS) de crianças e adolescentes apresenta um caráter invasivo e modificador da integridade física, mental e social. Resultados de pesquisas desenvolvidas em diversos países, que demonstraram a estabilidade temporal das consequências do AS a curto, médio e longo prazo na vida do indivíduo (Kendall-Tackett, Williams, & Finkelhor, 1993; Rind & Tromovitch, 1997; Paolucci, Genuis, & Violato, 2001; Maniglio, 2009). Estes autores acrescentam que não há discriminação de níveis sociais, econômicos, faixas etárias, etnias, religiões e culturas. Assim, a identificação de sinais do AS e a intervenção precoce são as melhores medidas a serem tomadas diante do forte impacto psicológico negativo gerado ao longo da vida.

Meta-análise realizada com mais de 25 mil sujeitos, a partir de 38 estudos empíricos ao redor do mundo, demonstrou forte evidências entre a ocorrência do abuso sexual e seis desfechos clínicos, dentre os quais: suicídio ( $d = 0,44$ ); depressão ( $d = 0,44$ ); estresse pós-traumático ( $d = 0,40$ ); comportamento sexualizado ( $d = 0,29$ ); baixo desempenho acadêmico ( $d = 0,19$ ); e manutenção do ciclo vítima-perpetrador na idade adulta ( $d = 0,16$ ), segundo Paolucci et al., (2001). Estes dados reforçam os apresentados por Kendall-Tackett et al. (1993), que apontaram o comportamento sexualizados como um dos desfechos mais prevalentes, seguidos de depressão e estresse pós-traumático.

Considerando vários destes efeitos psicológicos, as pesquisas sobre trauma têm ocupado importante espaço na compreensão dos efeitos do abuso sexual e poucos são os estudos com uso de modelos teóricos que mediam problemas ao longo da vida das vítimas de abuso sexual (Cantón-Cortés, Cortés, Cantón, & Justicia, 2011). Contudo, estudos mostram com frequência os modelos de Transtorno do Estresse Pós-Traumático, ou TEPT (Wolfe, Gentile, & Wolfe, 1989; Paolucci et al, 2001) e de dinâmicas traumatogênicas (DT) (Finkelhor & Browne, 1985; Dufour, & Nadeau, 2001) como os mais explicativos para os problemas e complicações traumáticas a curto e a longo prazo.

Quando se considera o trauma em crianças, de modo geral, o modelo teórico mais estudado é o do transtorno de estresse pós-traumático (TEPT), primeiramente definido na 3ª edição do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais, ou DSM-III (Copeland, Keeler, Angold & Costello, 2007). Quanto aos estressores traumáticos em relações interpessoais, Herman (1992) relatou que o TEPT se mostra como o modelo mais ajustado a descrição dos sintomas pós-traumáticos e influencia na autoimagem negativa, relações interpessoais inseguras, maiores riscos de autoagressão, assim como maior vulnerabilidade a vitimização por qualquer outra situação de risco.

O DSM-5 define eventos estressores e os inclui, no caso de crianças e adolescentes, as experiências sexuais inapropriadas ao seu estágio do desenvolvimento, com ou sem danos físicos associados, como uma das causas de reações traumáticas (APA, 2013), além de outras experiências que variam de maus-tratos físicos a exposição a catástrofes naturais, urbanas e morte. A consequência a estas exposições seriam sintomas como lembranças recorrentes, involuntárias e intrusivas do evento (critério B); a evitação persistente de estímulos associados ao evento traumático (critério C); alterações negativas no humor e na cognição associadas ao evento surgem ou se agravam depois da exposição a ele (critério D), como a dificuldade em sentir emoções positivas (felicidade, alegria, ternura, sexualidade e outras), redução do prazer

nas atividades cotidianas, além de pensamentos distorcidos sobre si e sobre o mundo; alterações da excitabilidade fisiológica (p. ex. reações de tensão, nervosismo e sobressalto involuntário), além de prejuízos na reatividade (p. ex. reações de descontrole comportamental acompanhadas de irritabilidade, agressão e comportamentos destrutivos) (critério E). Algumas pessoas ainda apresentam sintomas dissociativos persistentes de distanciamento do próprio corpo (despersonalização) e do ambiente ao redor (desrealização) que, se presente, podem se tornar especificados ao diagnóstico de TEPT.

No entanto, a literatura mostra que os danos psicológicos resultantes do abuso sexual são variados e não podem receber suporte de um único modelo teórico que abranja uma síndrome ou um *cluster* sintomatológico de sintomas (Kendall-Tackett, Williams, & Finkelhor, 1993; Paolucci, Genuis, & Violato, 2001). Por outro lado, o AS reflete caráter multifacetado e se expressa por uma variedade dinâmica de reações emocionais, cognitivas e comportamentais, que nem sempre podem ser identificadas como sintomas (Kendall-Tackett et al, 1993; Finkelhor, & Browne, 1985). Kendall-Tackett et al. (1993) defende que o AS é mais facilmente explicado por um modelo de traumatização multifacetado.

Finkelhor e Browne (1985) citam que os efeitos do abuso sexual são melhores explicados por formulações originadas a partir das dinâmicas traumatogênicas (DT), as quais priorizam o dano psicológico associado às crenças e respostas emocionais a curto e a longo prazo. Segundo estes autores, as DT alteram as demandas cognitivas e emocionais das vítimas de abuso sexual em suas relações interpessoais e geram respostas traumáticas a nível de autoconceito, perspectiva de mundo e capacidades afetivas. Neste modelo teórico são quatro as dinâmicas traumatogênicas, a saber estigmatização, traição e impotência e sexualização traumática.

A dinâmica da estigmatização associa-se a crenças negativas, como autculpabilização e autodenegrição, com manifestação de sentimentos de vergonha e de estigma social, além de

prejuízos associados ao autoconceito e as relações sociais em vítimas de abuso sexual. A dinâmica da traição se manifesta por prejuízos nas crenças de confiança, proteção e expectativas de pessoas do vínculo familiar ou outras que assumem função de proteção e cuidados. A dinâmica da impotência se relaciona a crenças e sentimentos de incapacidade para autoprotger-se e reações de revolta, raiva e autopunição. A dinâmica da sexualização traumática associa-se a reações de medo, evitação e sentimentos negativos associados a sexo, relações íntimas e sexualidade. Destas, pesquisadores consideram a sexualização traumática como a mais específica para diferenciar as vítimas de abuso sexual dos outros tipos de abuso, em função da natureza sexualizada do abuso sexual (Matorin, & Lynn, 1998; McCallum, Peterson, & Mueller, 2012).

No entanto, persistem controvérsias sobre quais aspectos clínicos são mais representativos do AS (Hodges, Godbout, Briere, Lanktree, Gilbert, & Kletzka, 2013; Jonkman, Verlinden, Bolle, Boer, & Lindauer, 2013). Face a isto, a questão de quais instrumentos psicométricos são mais úteis na avaliação clínica também não é diferente. Kolko, Brown e Berliner (2002) afirmam que a mensuração dos desfechos clínicos, em especial o trauma, torna-se mais adequada à medida que o clínico ou profissional é capaz de entender o efeito das experiências traumáticas sobre as crenças das crianças e adolescentes vitimizados.

Os instrumentos de medida das reações traumáticas do AS são muito úteis para prática clínica e pesquisa. Isto porque, os seus desfechos são variados, podendo ser encontrados desde sinais físicos (lesões genitais e perianais) às alterações psicológicas e comportamentais, especialmente nos casos que não se verificam sinais físicos (Palusci & Palusci, 2006). Deste modo, a possibilidade mais acurada de mensuração dos seus efeitos são as mudanças de comportamento e alterações psicológicas apresentadas por meio de reações traumáticas e suas repercussões cognitivas (Ehlers & Clark, 2000; Foa et al., 1999; Hornor, 2004; Wells, McCann, Adams, Voris, & Ensign, 1995).

A maior parte dos instrumentos psicométricos desenvolvidos para crianças e adolescentes vítimas de AS, que desenvolveram trauma, foram focados sua maioria exclusivamente em aspectos clínicos como traumas sexuais (recordações intrusivas e emoções associadas ao trauma, como medo e ansiedade), como o *Sexual Abuse Fear Evaluation* (SAFE); problemas de comportamento sexualizado, como por exemplo, o *Child Sexual Behavior Inventory* (CBSI) (Friedrich, 1997), como medida de heterorrelato para pais de vítimas (Wolfe & Wolfe, 1988) ou apenas sintomas associados a trauma, como por exemplo, o *Trauma Symptom Checklist for Children* (TSCC; Briere, 1996). Estes instrumentos evidenciam as alterações clínicas e sintomatológicas, comumente associadas ao AS, e não se estendem a outras reações traumáticas dependentes de interferências nas crenças e sentimentos manifestados pelas vítimas.

Por outro lado, há dois instrumentos construídos com a finalidade de atender as particularidades da repercussão traumática do AS. O primeiro é o CITES-R que foi construído a partir do MDT e de fundamentos do modelo clínico e teórico de TEPT, além de outro modelo teórico associado ao erotismo (Wolfe, Gentile, Michienzi, Sas & Wolfe, 1991). O outro é o TRBQ (Hazard, 1993), construído para mensurar crenças relacionadas ao MDT e possui 51 itens associados as dimensões deste modelo: sexualização traumática (7), traição (10), impotência (10) e autoculpabilização (*self-blame*)/estigmatização (29), pontuados em escala *Likert* de 5 pontos que variam de “0” (absolutamente inverdade) a “4” (absolutamente verdadeiro) e seu somatório discriminam que, quanto maiores escores, mais intensas são as crenças desadaptativas relacionadas ao trauma. Assim poucos são os instrumentos construídos especificamente para mensurar reações psicológicas e traumatizantes do AS (Satapathy, Choudhary, & Sagar, 2017).

Pesquisas demonstram a necessidade de construção de instrumentos específicos ao trauma, a fim de identificar estes sintomas, e que a adoção de avaliações padronizadas ou

medidas genéricas de sofrimento não são adequadas para identificar os sintomas de eventos potencialmente traumáticos, em especial a crianças e adolescentes que sofreram abuso sexual (Fricker & Smith, 2001; Friedrich et al, 2001; McLeer, Deblinger, Atkins, Foa, & Ralphe, 1988; Nader, 1997; Wolfe, Sas, & Werkele, 1994). Isto reflete a necessidade de instrumentos destinados a mensurar trauma produzidos por eventos específicos, como abuso sexual.

O objetivo deste estudo foi desenvolver e investigar as primeiras evidências de validade e precisão da Escala de Reações Traumáticas a Eventos Estressores (ERTES), deste modo buscou-se estimar suas primeiras evidências de validade com base na estrutura interna, de conteúdo e os verificar seus índices de consistência interna para escala total e para cada dimensão.

## **Método**

### **Construção dos itens**

Os itens da Escala de Reações Traumáticas a Eventos Estressores (ERTES) foram construídos com base nos descritores de dois modelos teóricos mais frequentemente associados às alterações clínicas presentes em eventos traumáticos gerais (TEPT) e decorrentes do abuso sexual infantil (MDT). Para o transtorno de estresse pós-traumático, de acordo com os critérios da DSM-5, foram concebidos itens associados aos sintomas do: critério B, sintomas intrusivos relacionados com o evento traumático (n=5); critério C, sintomas de evitação (n=3); critério D, alterações negativas em cognições e no humor (n=6); critério E, sintomas de excitação e reatividade (n=9); e sintomas dissociativos, previstos como descritor para o TEPT (n=5), distribuídos em sintomas de desrealização (n=3) e despersonalização (n=2). O outro modelo teórico é o de Dinâmicas Traumatogênicas, apoiado em 4 dimensões: sexualização traumática (n=10), traição (n=10), estigmatização (n=12) e impotência (n=12). Foram incluídos 8 itens neutros com a finalidade de diminuir a carga de respostas que evocam recordações e emoções

negativas, diminuindo a fadiga e reduzindo o caráter sucessivo dos itens relacionados à experiência traumática. A versão preliminar da escala ficou com 80 itens, em escala *Likert* de 4 pontos (0-3), com as categorias “nunca”, “pouco”, “às vezes”, “sempre”.

### *Participantes*

Participaram da pesquisa 357 crianças e adolescentes vítimas de abuso sexual, ambos os sexos e idades variando de 8 a 17 anos, (77,9% sexo feminino; idade média de 12,15 anos e DP = 2,64). Os participantes do grupo de vítimas de abuso sexual foram atendidas em serviços de proteção social especial, como no caso de Centro de Referência Especial da Assistência Social (CREAS), delegacias especializadas de proteção à criança e ao adolescente (DPCA), serviços de assistência especializado públicos e filantrópicos, assim como abrigos de proteção a vítimas de maus-tratos infantis nos Estados brasileiros do Piauí, Maranhão, Bahia, Paraíba, Goiás, Acre, Amapá e Santa Catarina. Os critérios de inclusão para este grupo eram que houvesse denúncia formalizada de abuso sexual pelo critério da OMS (WHO, 2006), com confirmação por exame médico ou não, e que o participante estivesse sendo acompanhado por intervenção psicológica de apoio ou psicoterapêutica para a demanda de abuso sexual. O critério de exclusão foi de casos que houvesse mudança no relato da vítima sobre a ocorrência do abuso sexual.

### **Procedimentos e análise de dados**

O projeto de pesquisa foi primeiramente aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com seres humanos (CEP) da Universidade São Francisco (USF), através do número CAAE 55012816.1.0000.5514. Os procedimentos seguintes foram contatar as instituições participantes e obter a autorização institucional, para aplicação do plano de coleta de dados. Cumprida esta etapa, as coletas de dados ocorreram em menor frequência coletivamente, de 3 a 6 participantes em uma sala, e a sua maioria individualmente. Foi informado aos participantes que não deixassem nenhum item sem preencher e que não existiam alternativas certas e erradas,

assim como eles deveriam marcar a que mais eles se identificassem. No final da aplicação verificava-se a resposta dada a todos seus itens e, quando havia duplas marcações ou omissões, solicitava-se que o participante respondesse de acordo com os critérios citados acima.

Nas etapas de evidências de validade de conteúdo e evidências de validade com base na estrutura interna, os 8 itens neutros foram retirados e a escala foi reduzida a 72 itens, 42 do MDT e 30 de TEPT. Antes da aplicação da ERTES com a amostra da pesquisa, realizou-se o estudo de evidências de validade de conteúdo. Participaram 3 juízes, um com titulação de doutorado na área de avaliação psicológica e dois na área de psicologia jurídica, com pesquisas e/ou atuação clínica e forense com vítimas de abuso sexual. Esta etapa consistiu de análise estatística descritiva e índice de Kappa, que considerou valores de concordância superiores a 80% para o pertencimento dos itens a suas respectivas dimensões.

As evidências de validade com base na estrutura interna foram verificadas através de Análises Fatoriais Exploratórias (AFEs) e realizadas em duas etapas, indicadores psicométricos com base na Teoria de Resposta ao Item (TRI) e análise de consistência interna (AERA, APA, & NCME, 2014). Quanto às AFEs, a primeira ocorreu por meio do método de extração de Análise de Componentes Principais (ACP), com emprego de rotação varimax e para verificar a adequação da matriz de dados, optou-se pela normalização Kaiser (KMO) e teste de Esfericidade de Bartlett, cujo valor do qui-quadrado significativo indica estatisticamente a adequação da matriz de dados (Tabachnick, & Fidell, 2007). Como critérios de retenção de dimensões utilizou-se a análise de *Scree Plot*. A normalidade da distribuição foi calculada pelo teste de Kolmogorov-Smirnov. A análise da consistência interna foi verificada através do coeficiente alfa de Cronbach, com a qual os índices esperados devem ser superiores 0,7 (Tabachnick & fidell, 2012). Nesta primeira etapa da AFE, utilizou-se o *software* SPSS 22.0.

A etapa consecutiva, realizou-se a análise separada dos itens e da estrutura interna pelos métodos de extração de ACP e pelo *Minimum Rank Factor Analysis* (MRFA), com aplicação

do método de retenção por Análise Paralela (AP), pelo método de implementação otimizada (Timmerman, & Lorenzo-Seva, 2011) e uso de matriz de correlações policóricas. Optou-se pelo emprego de carga fatorial de 0,40 para os itens e suposição de 5 fatores para retenção, como hipotetizado para o estudo. A normalidade multivariada dos itens foi verificada usando o coeficiente de assimetria e curtose multivariada de Mardia (1970). Estas análises ocorreram através do uso do software FACTOR versão 10.5.01.

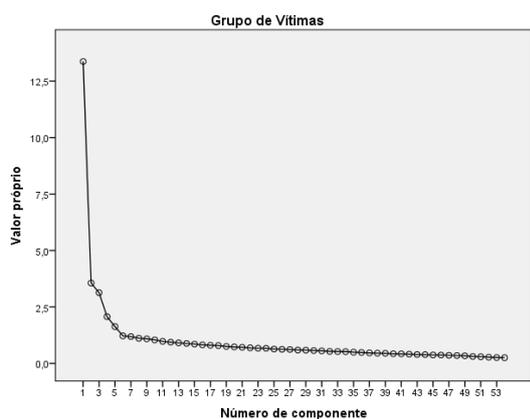
Após confirmar os resultados que refutam a unidimensionalidade da ERTES, realizou-se análises de ajustes dos itens, através dos índices de *infit* e *outfit*, que devem estar entre 0,8-1,5 (Linacre, 2014), por meio programa Winsteps (Linacre, 2011). Foram analisados ainda as curvas de informação, que apresentam o desempenho dos indivíduos no instrumento, e o Funcionamento Diferencial do Item (*Differential Item Functioning-DIF*) para o sexo dos participantes, por meio do teste de Mantel, que mostra as diferenças significativa ( $p < 0,05$ ) de sujeitos de grupos distintos no desempenho do item, além da informação de DIF *contrast*, que se apresentar valor total da soma dos itens superior a 0,64 demonstra prejuízos significativos no viés do item (Linacre, 2011).

## **Resultados**

Quanto as evidências de validade de conteúdo na versão inicial de 72 itens da ERTES, os resultados do índice de Kappa foram de 0,84,  $p < 0,001$ , para os 42 itens do MDT, enquanto nos 30 itens do modelo de estresse pós-traumático este mesmo índice apresentou resultado de 0,74,  $p < 0,001$ . Dos 11 analisados e com problemas de discordância quanto às dimensões teóricas, 6 coincidiram com a exclusão realizada pelos procedimentos fatoriais, enquanto os outros 5, após análise e julgamento dos autores da escala, mantiveram-se na versão final de 51 itens citada acima.

O pressuposto de normalidade para o grupo de vítimas de abuso foi levemente comprometido (Kolmogorov-Smirnov = 0,057,  $p = 0,008$ ; Mardia Skewness = 1705,99,  $p =$

1,0 e Mardia Kustosis = 42,83,  $p < 0,0000$ ). Para averiguar a estrutura da ERTES, na versão inicial de 72 itens, utilizou-se o método de ACP e rotação varimax com normalização Kaiser, enquanto a adequação deste método foi confirmada pelos resultados favoráveis, KMO = 0,89 e teste de esfericidade de Bartlett  $\chi^2 = 12.630,82$ ;  $p < 0,000$ . A análise de *Scree Plot* sugeriu 5 dimensões. Nesta etapa, os resultados da consistência interna obtidos pelo alfa de Cronbach para a escala total foi excelente ( $\alpha = 0,95$ ).



*Figura 1*  
*Scree Plot* da ERTES.

Na etapa posterior, foram realizadas Análises Fatoriais Exploratórias (AFEs) pelos métodos de ACP e MRFA, por meio de rotação varimax e normalização Kaiser. Optou-se pelo método de retenção por análise paralela (AP), considerando um intervalo de confiança (IC) de 95% e 1000 bancos de dados que simularam a presente pesquisa, com 353 participantes do grupo de vítimas. Os resultados com a análise por ACP apresentaram os 5 primeiros valores próprios reais (15,41; 5,10; 3,54; 2,69; 2,30) superiores aos simulados (2,24; 2,14; 2,07; 2,00; 1,94), tornando-se os reais menores apenas a partir do sexto valor próprio simulado, que foi de 1,89 em oposição ao real de 1,82. Estes resultados reforçam as hipóteses de 5 dimensões do

instrumento. Para análise de itens na ACP, encontrou-se 8 itens que apresentaram carga inferior 0,40 e 4 itens que carregaram em dois componentes, o que gerou 22 itens sujeitos a eliminação.

Quando a AP foi aplicada com método de extração de fatores MRFA, mantendo os mesmos parâmetros anteriores e a rotação varimax, foram encontradas as 5 maiores variâncias percentuais reais que mostraram valores superiores (21,7; 7,2; 5,0; 3,8; 3,2) as 5 simuladas (3,3; 3,2; 3,1; 3,0; 2,9), tornando-se apenas menores a partir da sexta variância percentual, 2,6 da real para 2,8 da simulada. Este resultado reforça a hipótese das 5 dimensões do instrumento. Para análise de itens na MRFA, os mesmos 18 itens anteriores da ACP mantiveram carga fatorial inferior a 0,4 e 3 itens carregaram simultaneamente em 2 fatores, totalizando 21 itens sujeitos a eliminação. Para a versão final da ERTES neste estudo, considerou-se sua estrutura fatorial com os 51 itens mantidos pelo método MRFA, apresentados na tabela 1.

A estrutura fatorial considerada mostrou que o fator 1 carregou 12 itens relacionados aos sintomas de TEPT, de acordo com os critérios da DSM-5, sendo 1 item de sintomas intrusivos (critério B), 4 itens de alterações negativas no humor e na cognição (critério D), 7 itens de alterações marcantes na excitação e na reatividade (critério E) começando após o evento traumático. As cargas fatoriais destes itens variaram de 0,40 a 0,74. O fator 2 carregou 10 itens relacionados à sexualização traumática, de acordo com MDT. As cargas fatoriais destes itens variaram de 0,45 a 0,85. O fator 3 carregou 9 itens relacionados à traição (6 itens) e à impotência (3), de acordo com MDT. As cargas fatoriais destes itens variaram de 0,48 a 0,75. O fator 4 carregou 14 itens relacionados à estigmatização (10 itens) e à impotência (2 itens), de acordo com o MDT, assim como mais 2 itens de sintomas dissociativos (1 despersonalização e 1 desrealização), de acordo com os sintomas de TEPT, acrescidos como subtipo para o quadro de sintomas desta categoria diagnóstica a partir da DSM-5. As cargas fatoriais destes itens variaram de 0,41 a 0,67. O fator 5 carregou os 6 itens relacionados aos sintomas de TEPT, de acordo com os critérios da DSM-5, sendo 3 sintomas de evitação persistente de estímulos

(critério C) e 3 sintomas intrusivos associados ao evento traumático. As cargas fatoriais destes itens variaram de 0,48 a 0,60. A consistência interna desta versão de 51 itens, calculada pelo alfa de Cronbach, mostrou excelente resultado ( $\alpha = 0,94$ ), assim como para cada fator, de acordo com a tabela 1.

*Tabela 1.*

Estrutura fatorial final da ERTES pelo método MRFA e comunalidades.

Dim.	Item	1	2	3	4	5	$h^2$
REA	68. Sinto raiva sem razão	0,74					0,89
HUM	63. Perco a vontade de brincar com os colegas	0,68					0,91
HUM	67. Perco o interesse em brincar	0,62					0,88
REA	62. Me irritado sem motivos	0,60					0,98
REA	69. Brigo facilmente com as pessoas	0,60					1,00
REA	72. Fico agitado (a) e impaciente	0,58					1,00
HUM	64. Sinto que perdi a vontade de me divertir	0,55					1,00
HUM	65. Sinto que eu perdi a alegria que eu tinha	0,54					1,00
REA	71. Perco a concentração	0,46					0,75
REA	70. Me assusto facilmente	0,44					0,79
REA	75. Me sinto sem controle	0,43					0,97
INT	54. Lembro coisas ruins com pessoas de quem eu gostava	0,40					0,93
SEX	45. Quando penso em sexo, fico nervoso (a)		0,85				1,00
SEX	46. Me sinto mal quando penso em sexo		0,85				1,00
SEX	43. Penso que sexo é coisa ruim		0,84				1,00
SEX	46. Me sinto mal quando mexem no meu corpo		0,69				1,00
SEX	31. Falar de sexo me preocupa		0,68				1,00
SEX	56. Sinto medo quando tocam no meu corpo		0,68				1,00
SEX	56. Sinto medo quando fico perto de pessoas que mexeram comigo		0,62				1,00
SEX	19. Sinto vergonha quando as pessoas tocam no meu corpo		0,59				1,00
SEX	49. Acho que namorar é coisa ruim		0,50				0,74
SEX	50. Acho que estragaram uma parte do meu corpo		0,45				1,00
TRA	13. Acho que meu pai ou meu padrasto me protege			0,75			1,00
TRA	12. Sinto que na casa onde moro sou protegido (a)			0,73			0,99
TRA	14. Acho que minha mãe ou minha madrasta me protege			0,68			1,00
TRA	78. Confio nas pessoas de casa			0,66			0,92
IMP	35. Penso que é melhor sumir			0,60			1,00
TRA	15. Confio nas pessoas próximas de mim			0,54			0,96

TRA	39. Os adultos protegem as crianças	0,53	0,77
IMP	34. Acho que sou fraco(a)	0,50	0,95
IMP	36. Me sinto incapaz de evitar coisas ruins	0,48	1,00
EST	20. Sinto que fiz mal para minha família	0,67	1,00
EST	22. Sinto culpa por coisas que aconteceram comigo	0,62	0,94
EST	23. Sinto vergonha de mim	0,62	1,00
EST	28. Sinto que eu prejudiquei algumas pessoas	0,61	1,00
EST	24. Acho que as pessoas mudaram comigo depois de um segredo que eu falei	0,60	0,94
EST	29. Acho que sou estranho (a)	0,57	0,91
EST	08. Acho que as pessoas me desrespeitam porque falei coisas que fizeram comigo	0,56	1,00
EST	25. Me culpo por sentimentos que eu tenho	0,53	1,00
IMP	30. Acho que sou incapaz de parar as coisas ruins que acontecem comigo	0,49	1,00
EST	27. Penso que as pessoas me olham de maneira estranha	0,45	0,97
DIS	77. Sinto “perder a noção do mundo”	0,45	1,00
DIS	76. Tem horas que eu acho que estou fora do meu corpo	0,43	0,87
EST	48. Acho que é ruim ser menino (a)	0,42	1,00
IMP	41. Sinto que sou incapaz de evitar que façam mal para mim	0,41	0,83
EVI	60. Me afasto de pessoas que me fizeram coisas ruins	0,60	0,98
INT	79. Lembro coisas ruins que aconteceram comigo	0,58	1,00
INT	53. As lembranças ruins invadem minha cabeça	0,54	1,00
EVI	59. Evito falar de coisas ruins que me aconteceram	0,54	0,94
EVI	58. Evito lugares que lembram coisas ruins	0,52	0,52
INT	52. Acho que o mundo é perigoso	0,48	1,00

	Fatores				
	1	2	3	4	5
Número de itens	12	10	9	14	6
Valor próprio	15,37	5,07	3,48	2,62	2,25
% de variância explicada	23,29	7,68	5,28	3,97	3,42
Total de variância explicada (%)	43,64				
Alfa de Cronbach	0,87	0,88	0,72	0,89	0,77

*Nota.* Método de Extração: *Minimum Rank Factor Analysis*. Método de rotação: varimax. As cargas fatoriais < 0,40 e os itens carregando em 2 fatores foram excluídos. Fator 1 = sintomas de reatividade (7 itens) e alterações do humor (4 itens) e sintoma intrusivo (1 item) do TEPT; Fator 2 = dinâmica da sexualização traumática (10 itens); Fator 3 = dinâmicas da traição (6 itens) e da impotência (3 itens); Fator 4 = dinâmicas da estigmatização (10 itens) e impotência (2 itens) e sintomas dissociativos (2 itens); Fator 5 = sintomas de evitação e intrusivos do TEPT.

SEX = Sexualização traumática; IMP = impotência; TRA = Traição; EST = Estigmatização; EVI = sintomas de evitação; INT = sintomas intrusivos; REA = sintomas de reatividade e excitabilidade; HUM = alterações negativas no humor e na cognição.

Quanto aos procedimentos de TRI, procedeu-se inicialmente as análises de modo a verificar a adequação da ERTES ao modelo *Rating Scale* através dos parâmetros de ajuste confirmados para itens e pessoas (Tabela 2). Os itens foram respondidos dentro de um padrão esperado, uma vez que as médias de *Infit*, variaram de 1,00 a 1,01, e *Outfit*, variaram de 1,00 a 1,04 entre os fatores. Quanto aos resultados destes mesmos parâmetros em relação às pessoas, verifica-se que os índices também foram bem ajustados, considerando as médias encontradas de *Infit*, que variaram de 0,99 a 1,02, e *Outfit*, que variaram de 1,00 a 1,04, entre os fatores. Linacre (2012) considera valores médios de *Infit* e *Outfit* próximos a 1,0 como adequados para a medida psicométrica. A verificação do nível de precisão (fidedignidade) mostrou excelentes resultados para a estimação dos parâmetros das dificuldades dos itens, variando de 0,95 a 0,98, enquanto estes resultados mostraram níveis menores para o traço latente (habilidade) da pessoa, considerando cada fator, conforme Tabela 3.

Tabela 3  
*Parâmetros de ajustes de itens e das pessoas*

Fator	Parâmetros dos itens				Parâmetros das pessoas			
	Infit	Outfit	$\delta_i$	Fidedign.	Infit	Outfit	$\theta_n$	Fidedign.
Fator 1	1,01	1,03	0,00	0,97	1,02	1,03	0,07	0,83
DP	0,13	0,15	0,41		1,02	1,03	1,07	
Fator 2	1,01	1,04	0,00	0,98	1,02	1,04	0,36	0,81
DP	0,24	0,35	0,53		0,52	0,80	1,21	
Fator 3	1,00	1,00	0,00	0,98	1,00	1,00	-0,58	0,62
DP	0,10	0,11	0,42		0,55	0,63	0,83	
Fator 4	1,01	1,01	0,00	0,96	1,02	1,01	-0,17	0,85
DP	0,12	0,12	0,33		0,47	0,48	0,99	
Fator 5	1,01	1,00	0,00	0,95	0,99	1,00	0,94	0,60
DP	0,15	0,14	0,37		0,62	0,71	1,16	

Nota. DP = Desvio Padrão;  $\delta$  = dificuldade do item;  $\theta$  = habilidade da pessoa.

Em seguida, procedeu-se com análise de DIF e verificou-se que no Fator 1 foram encontrados problemas, no viés de resposta em relação ao sexo, nos itens 64, 67 e 70. No item 64, o grupo das mulheres apresentam dificuldade de 0,78, enquanto os homens de 0,39 ( $p = 0,03$ ); assim como no item 67, as mulheres apresentaram 0,48 e os homens 0,17 ( $p = 0,04$ ). Por outro lado, no item 70, os homens mostram maior dificuldade, posto que devem apresentar um nível de habilidade de -0,12, enquanto as mulheres de apenas -0,43 ( $p = 0,03$ ). No Fator 2, não houve diferenças significativas de dificuldade do item para probabilidade de acerto de 50%, já que homens a diferença de habilidade (theta) entre mulheres não mostra problemas para responder os itens deste fator. No Fator 3, a análise de DIF mostrou que no item 34, homens apresentam uma dificuldade de 0,06 para responderem, enquanto mulheres apresentam apenas -0,51 ( $p=0,020$ ). No fator 4, a análise de DIF mostrou que no item 24, mulheres tem maiores dificuldades, 0,02, do que os homens, - 0,14 ( $p=0,04$ ). No fator 5, a análise de DIF mostrou problemas apenas no item 60, quando revelou que mulheres dificuldades maior e de -0,42 do

que homens que mostraram apenas -0,80 para responder o respectivo item ( $p = 0,01$ ). Em 4 itens mulheres apresentam maiores dificuldades (24, 60, 64 e 67), enquanto os homens mostraram maiores dificuldades em apenas 2 itens (34 e 70), de modo que 6 itens mostraram grau de dificuldade estatisticamente significativo em relação ao sexo, o que sugere viés de resposta com maior frequência em mulheres.

## **Discussão**

Este estudo mostrou que a ERTES pode ser compreendida por cinco dimensões, que se dividem nas dimensões teóricas das Dinâmicas Traumatogênicas (DT) e do Transtorno de Estresse Pós-Traumático (TEPT) para discriminar reações traumáticas em crianças e adolescentes vítimas de abuso sexual. As cinco dimensões hipotetizadas foram testadas pelo *Scree Plot*, que apontou inflexão contínua no sexto segmento do traçado da reta, enquanto que nas etapas posteriores, estas evidências foram sugeridas pelo método de retenção de análise paralela, combinada com dois métodos de extração, o ACP e o MRFA. Houve o descarte de itens da versão inicial de 72 itens para aqueles que carregaram em dois fatores e com saturação fatorial inferior a 0,4. Estas cinco dimensões se apoiaram nos resultados citados e juntos compreenderam 51 itens em sua versão final.

Na última etapa da AFE, optou-se pelo método de extração MRFA posto que ele minimiza a variância comum residual no processo de extração dos fatores, ao passo que permite a interpretação da proporção da variância comum explicada pelos fatores retidos (Lorenzo-Seva & Ferrando, 2006). Estudos de simulação favorecem indícios de que o uso conjunto do critério da análise paralela, da análise de matrizes de correlação policóricas e do método de extração MRFA demonstram melhores desempenhos na recuperação do número de fatores, quando se comparam os resultados de métodos tradicionais (Timmerman & Lorenzo-Seva, 2011).

Hair e cols. (2009) destacam que um dos pressupostos da análise fatorial é sua estrutura parcimoniosa. A premissa postula que uma mesma variável não pode saturar em fatores distintos. Outro aspecto é que a carga fatorial superior ou igual a 0,4 favorece a criação do fator e evita complicações para a determinação da relação entre variáveis e fatores, em especial, quando se considera a natureza exploratória da análise fatorial. No entanto, foram gerados valores de comunalidade elevados no método de extração MRFA, posto que este método otimiza em razão da variância comum não-explicada ser minimizada.

Inicialmente a consistência interna foi obtida para a escala total e mostrou excelente valor de precisão da medida ( $\alpha = 0,95$ ). Na etapa posterior, os resultados de consistência interna foram calculados para cada dimensão e mostraram ótimos valores de alfa de Cronbach para os fatores 1, 2 e 4 (0,86; 0,88 e 0,88 respectivamente), assim como valores aceitáveis para os fatores 3 e 5 (0,72 e 0,77, respectivamente).

A distribuição de itens por fator mostrou uma excelente homogeneidade no fator 2, enquanto nos outros fatores houve um agrupamento de dinâmicas (MDT) e de *clusters* de sintomas traumáticos (TEPT). Quanto aos itens pertencentes aos sintomas de TEPT, Fator 1 e 5 agregaram itens relacionados aos clusters de sintomas traumáticos. O fator 1 mostrou alterações associadas à regulação emocional, com itens de alterações negativas nas emoções e na cognição (critério D), assim como outros de excitabilidade fisiológica e reatividade descontrolada (critério E), em relação ao evento estressor vivido pelas vítimas de abuso sexual. 2 itens apenas deste fator mostraram associação com prejuízos cognitivos (prejuízos na concentração e lembranças intrusivas). Autores demonstram a desregulação emocional mostra forte correlação entre o *cluster* do PTSD de excitabilidade e reatividade com a manifestação de sintomas depressivos, raiva e reações afetivas instáveis (Weierich, & Nock, 2008).

O fator 5 agrupou os itens relacionados sintomas intrusivos e aos evitativos e mostrou a relação entre pensamentos intrusivos, recordações e *flashbacks* com a evitação de estímulos

que estão associados ao evento traumático. Teoricamente, reações evitativas são consideradas como estratégias de *coping* para as cognições e emoções intrusivas, o que pode ser constatado pela sua forte correlação em situações de abuso sexual (Weierich, & Nock, 2008; Whiffen, & Macintosh, 2005).

Os 3 fatores restantes reuniram crenças e sentimentos associados às dinâmicas traumatogênicas, proposto por Finkelhor e Brown (1985). O fator 2 agrupou itens exclusivamente associados à sexualização traumática. Pesquisadores consideram que, das quatro dinâmicas, a sexualização traumática é a mais específica para identificar as vítimas de abuso sexual de outras vítimas de abuso, em função da natureza sexualizada do abuso sexual. Esta dinâmica representa a consequência de um processo o qual as atitudes e sentimentos sexuais infantis se tornam distorcidos em resposta ao AS (Matorin & Lynn, 1998; McCallum, Peterson, & Mueller, 2012).

O fator 3 agrupou itens associados às dinâmicas de traição (6) e da impotência (3). Este fator não recuperou itens homogêneos relacionados a apenas uma das dinâmicas, que pode ser justificado pela natureza dos construtos. A traição mostra relação direta com sentimentos de angústia e percepções negativas deslocadas a relacionamentos famílias ou outros de cuidados e proteção, ao tempo que a impotência revela limitações de recursos emocionais e cognitivos para lidar com senso de autocuidado e proteção nas relações interpessoais, de modo que se estende do núcleo familiar as relações sociais. A impotência foi confirmada, dentre as dinâmicas traumatogênicas, a que mais media problemas e relacionamentos interpessoais (Kallstrom-Fuqua, Weston, & Marshall, 2004).

O fator 4 agrupou itens associados às dinâmicas de estigmatização (10 itens), impotência (2 itens), de acordo com o MDT, e mais sintomas dissociativos (1 item de despersonalização e 1 de desrealização). A dinâmica de impotência novamente se mostrou associada outra, neste fator relacionada a estigmatização, a qual mostra prejuízos psicológicos relacionados às

relações interpessoais sociais e aos sentimentos de vergonha, auto-culpabilização e autodenegrição decorrentes do abuso sexual. Kallstrom-Fuqua, Weston e Marshall (2004) pesquisaram as dinâmicas traumatogênicas e sua relação com a mediação de trauma e sofrimento psicológico e constataram que a impotência juntamente com a estigmatização são as dinâmicas que mais mediam relacionamentos interpessoais mal-adaptativas. Do mesmo modo que Finkelhor e Browne (1985) apresentaram que a impotência resulta em danos ao senso de domínio e autoeficácia para as relações interpessoais o que facilita, dentre uma variedade de alterações clínicas como depressão, ansiedade e dissociação. Segundo estes autores, a dissociação ocorreria porque a criança fragmentaria áreas completas da experiência consciente sobre o abuso. Neste estudo, o fator 4 poderia ser explicado teoricamente pela natureza interpessoal destas repercussões traumáticas, estigmatização, impotência e dissociação.

Quanto aos parâmetros de ajuste da dificuldade dos itens e das habilidades das pessoas, verificou-se que os valores médios mostraram boa adequação do modelo, assim como os valores de precisão obtidos para cada fator. Embora 6 itens tenham mostrado DIF em relação ao sexo, especialmente considerando viés de favorecimento a resposta para homens e maiores dificuldades para mulheres (itens 24,60, 64 e 67). No entanto, destacam-se 2 aspectos explicativos para estes resultados, o primeiro é que instrumentos de avaliação em saúde mental frequentemente apresentam vieses de resposta e favorecer determinados grupos (Castro, Cúri, Torman, & Riboldi, 2015). Outro aspecto é em relação ao tamanho amostral deste estudo ( $n = 353$ ), que limita a confiabilidade dos resultados de ajuste dos itens para obtenção de estimativas estáveis, que começariam a acontecer a partir de 500 sujeitos (Valentini, & Hauck Filho, 2014). Ademais, destaca-se que os estudos de DIF consiste no emprego de múltiplas metodologias, além de TRI, como algumas mais específicas para instrumentos de saúde mental. Estudos posteriores podem verificar os resultados por meio de outras técnicas de análise de DIF com aplicação de métodos mais robustos. Finkelhor e Browne (1985) sugerem o desenvolvimento

de instrumentos especificamente projetados para avaliar as reações traumáticas mediadas pelo impacto do abuso sexual. Estes autores sugerem ainda que os instrumentos que contemplassem o MDT poderiam ter seções geradas para cada uma das quatro dinâmicas, assim como poderiam ser criados instrumentos separados para serem respondidos pela criança, pais, profissionais ou professores, ou mesmo adaptar formas dos instrumentos para diferentes grupos etários. Pode ser considerada uma razão para se separar cada dinâmica por instrumentos e poder testar as respectivas estruturas fatoriais, posto que na presente pesquisa 2 fatores reuniram mais de uma dinâmica traumatogênica.

### **Considerações**

A Escala de Reações Traumáticas a Eventos Estressores (ERTES) apresentou evidências de validade de conteúdo considerados bons para a pertinência dos itens em cada modelo teórico, assim como para a sua construção semântica. As evidências de validade com base na estrutura interna mostraram-se adequadas à análise fatorial, que indicou resultados favoráveis a 5 dimensões, combinação dos modelos teóricos de dinâmicas traumatogênicas (MDT) e de estresse pós-traumático (TEPT), de acordo com a hipótese deste estudo. O agrupamento dos itens de sexualização traumática em um só fator sugere reforça a natureza para a qual ela foi criada e recupera o indicador de danos à sexualização que vítimas de abuso sexual mostram como muita frequência (Finkelhor, & Browne, 1982; Kendall-Tackett et al, 1993; Paolucci et al., 2001). O agrupamento dos itens de dinâmica da impotência nas outras duas dinâmicas traumatogênicas, estigmatização e traição, são explicados teoricamente e justificam a referida combinação. O agrupamento dos itens de TEPT em dois fatores também são explicados teoricamente, em razão das alterações sintomatológicas manterem relação com processos psicológicos semelhantes e integrados. Os resultados de consistência interna mostraram valores de bons a ótimos para cada um dos fatores encontrados.

As limitações do estudo dizem respeito a quantidade de participantes em relação ao parâmetro de número de itens, que reduz os resultados significativos previstos pela teoria da análise fatorial. Como sugestões para pesquisas futuras, sugerem-se estudos futuros para confirmação da estrutura fatorial, por meio de Análise Fatorial Confirmatória, para verificação da adequabilidade do construto latente em cada fator encontrado.

## Referências

- American Psychiatric Association. APA. (2014). NCME: Standards for educational and psychological testing. *Washington, DC*, American Psychological Association, American Educational Research Association, National Council on Measurement in Education.
- American Psychiatric Association. APA. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5®)*. American Psychiatric Pub.
- Cantón-Cortés, D., Cantón, J., Justicia, F., & Cortés, M. R. (2011). Un modelo de los efectos del abuso sexual infantil sobre el estrés post-traumático: el rol mediador de las atribuciones de culpa y afrontamiento de evitación. *Psicothema*, 23(1), 66-73.
- Clark, L. A., & Watson, D. (1995). Constructing validity: Basic issues in objective scale development. *Psychological Assessment*, 7, 309-319. doi:10.1037/1040-3590.7.3.309.
- Copeland, W. E., Keeler, G., Angold, A., & Costello, E. J. (2007). Traumatic events and posttraumatic stress in childhood. *Archives of General Psychiatry*, 64(5), 577-584.
- Dufour, M. H., & Nadeau, L. (2001). Sexual abuse: A comparison between resilient victims and drug-addicted victims. *Violence and Victims*, 16(6), 655.
- Ehlers, A., & Clark, D. M. (2000). A cognitive model of posttraumatic stress disorder. *Behaviour research and therapy*, 38(4), 319-345.

- Finkelhor, D., & Browne, A. (1985). The traumatic impact of child sexual abuse: A Conceptualization. *American Journal of Orthopsychiatry*, 55(4), 530–541. doi: 10.1111/j.1939-0025.1985.tb02703.x
- Foa, E. B., Ehlers, A., Clark, D. M., Tolin, D. F., & Orsillo, S. M. (1999). The posttraumatic cognitions inventory (PTCI): Development and validation. *Psychological assessment*, 11(3), 303.
- Fricker, A. E., & Smith, D.W. (2001). Trauma specific versus generic measurement of distress and the validity of self-reported symptoms in sexually abused children. *Journal of Child Sexual Abuse*, 10(4), 51–66, doi:10.1300/J070v10n04\_04.
- Friedrich, W. N. (1997). *The Child Sexual Behavior Inventory (CSBI)*. Third Edition. Psychological Assessment Resources, Inc.
- Friedrich, W. N., Fisher, J. L., Dittner, C. A., Acton, R., Berliner, L. & Butler, J. (2001). Child Sexual Behavior Inventory: Normative, psychiatric, and sexual abuse comparisons. *Child Maltreatment*, 6(1), 37-49.
- Hair, J. F., Black, W. C., Babin, B. J., Anderson, R. E., & Tatham, R. L. (2009). *Análise multivariada de dados*. Bookman Editora.
- Herman, J. L. (1992). Complex PTSD. A syndrome in survivors of prolonged and repeated trauma. *Journal of Traumatic Stress*, 5(3), 377–391. doi: 10.1002/jts.2490050305.
- Hodges, M., Godbout, N., Briere, J., Lanktree, C., Gilbert, A., & Kletzka, N. T. (2013). Cumulative trauma and symptom complexity in children: A path analysis. *Child Abuse & Neglect*, 37(11), 891-898.
- Honor, G. (2004). Sexual behavior in children: normal or not? *Journal Pediatric Health Care*, 18(2), 57-64.

- Jonkman, C. S., Verlinden, E., Bolle, E. A., Boer, F., & Lindauer, R. J. (2013). Traumatic stress symptomatology after child maltreatment and single traumatic events: Different profiles. *Journal of traumatic stress, 26*(2), 225-232.
- Kallstrom-Fuqua, A. C., Weston, R., & Marshall, L. L. (2004). Childhood and adolescent sexual abuse of community women: mediated effects on psychological distress and social relationships. *Journal of consulting and clinical psychology, 72*(6), 980.
- Kendall-Tackett, K. A., Williams, L. M., & Finkelhor, D. (1993). Impact of sexual abuse on children: A review and synthesis of recent empirical studies. *Psychological Bulletin, 113*(1), 164-180.
- Kolko, D. J., Brown, E. J., & Berliner, L. (2002). Children's perceptions of their abusive experience: Measurement and preliminar findings. *Child Maltreatment, 7*(1), 42-55.
- Lai, J. S., Teresi, J., & Gershon, R. (2005). Procedures for the analysis of differential item functioning (DIF) for small sample sizes. *Evaluation & the Health Professions, 28*(3), 283-294.
- Lorenzo-Seva, U., & Ferrando, P. J. (2006). FACTOR: A computer program to fit the exploratory factor analysis model. *Behavior research methods, 38*(1), 88-91.
- Maniglio, R. (2009). The impact of child sexual abuse on health: A systematic review of reviews. *Clinical Psychology Review, 29*(7), 647–657, doi:10.1016/j.cpr.2009.08.003.
- Mardia, K. V. (1970). Measures of multivariate skewness and kurtosis with applications. *Biometrika, 57*, 519-530.
- Matorin, A., & Lynn, S. (1998). The development of a measure of correlates of child sexual abuse: The Traumatic Sexualization Survey. *Journal of Traumatic Stress, 11*(2), 261–280. doi:10.1023=A:1024499019860.
- McCallum E. B, Peterson, Z. D., & Mueller, T. M. J. (2012). Validation of the traumatic sexualization survey for use with heterosexual men. *Sex Res, 49*(5), 423-433.

- McLeer, S. V., Deblinger, E., Atkins, M. S., Foa, E. B., & Ralphe, D. L. (1988). Post traumatic stress disorder in sexually abused children: A prospective study. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 27(5), 650–654.
- Nader, K. O. (1997). Assessing traumatic experiences in children. In J. Wilson & T. M. Keane (Eds.), *Assessing psychological trauma and PTSD* (pp. 291–348). New York: Guilford Press.
- Palusci, V. J. & Palusci, J. V. (2006). Screening tools for child sexual abuse. *Jornal de Pediatria*, 82(6), 409-410.
- Paolucci, E., Genuis, M., & Violato, C. (2001). A meta-analysis of the published research on the effects of child sexual abuse. *Journal of Psychology*, 135(1), 17–36.
- Rind, B., & Tromovitch, P. (1997). A meta-analytic review of findings from national samples on psychological correlates of child sexual abuse. *Journal of Sex Research*, 34(3), 237–255.
- Tabachnick, B. G., & Fidell, L. S. (2007). Multivariate analysis of variance and covariance. *Using multivariate statistics*, 3, 402-407.
- Timmerman, M. E., & Lorenzo-Seva, U. (2011). Dimensionality assessment of ordered polytomous items with parallel analysis. *Psychological methods*, 16(2), 209.
- Timmerman, M. E., & Lorenzo-Seva, U. (2011). Dimensionality assessment of ordered polytomous items with parallel analysis. *Psychological methods*, 16(2), 209.
- Valentini, F. & Hauck Filho (2014). Estabilidade da Estimação dos Parâmetros dos Itens em Diferentes Tamanhos Amostrais. In *CONBRATRI Congresso Brasileiro de Teoria da Resposta ao Item* 1, pp. 43-48. Retrieved from <http://abave.com.br/ojs/index.php/conbratri/article/view/78>

- Weierich, M. R., & Nock, M. K. (2008). Posttraumatic stress symptoms mediate the relation between childhood sexual abuse and nonsuicidal self-injury. *Journal of consulting and clinical psychology, 76*(1), 39.
- Weierich, M. R., & Nock, M. K. (2008). Posttraumatic stress symptoms mediate the relation between childhood sexual abuse and nonsuicidal self-injury. *Journal of consulting and clinical psychology, 76*(1), 39.
- Wells, R., McCann, J., Adams, J., Voris, J., & Ensign, J. (1995). Emotional, behavioral and physical symptoms reported by parents of sexually abused, nonabused, and allegedly abused prepubescent females. *Child Abuse & Neglect, 19*(2), 155-63.
- Whiffen, V. E., & MacIntosh, H. B. (2005). Mediators of the link between childhood sexual abuse and emotional distress: A critical review. *Trauma, Violence, & Abuse, 6*(1), 24-39.
- Whiffen, V. E., & MacIntosh, H. B. (2005). Mediators of the link between childhood sexual abuse and emotional distress: A critical review. *Trauma, Violence, & Abuse, 6*(1), 24-39.
- Wolfe, D. A., Sas, L., & Werkele, C. (1994). Factors associated with the development of posttraumatic stress disorder among child victims of sexual abuse. *Child Abuse & Neglect, 18*(1), 37-50.
- Wolfe, V. V., & Wolfe, D. A. (1988). The sexually abused child. In E. J. Mash & L. J. Terdal (Eds.), *Behavioral assessment of childhood disorders* (2nd ed., pp. 670-714). New York: Guilford.
- Wolfe, V. V., Gentile, C., & Wolfe, D. A. (1989). The impact of sexual abuse on children: A PTSD formulation. *Behavior Therapy, 20*(2), 215-228.

### Artigo 3

## **Evidências de validade da Escala de Reações Traumáticas a Eventos Estressores (ERTES)**

Lucas Dannilo Aragão Guimarães

Makilim Nunes Baptista

**Resumo:** O abuso sexual mostra impacto em uma variedade de indicadores clínicos, que podem se associar em muitos casos a indicadores de reações traumáticas. O objetivo do estudo foi verificar as evidências de validade da Escala de Reações Traumáticas a Eventos Estressores (ERTES) com base em grupo-critério e em variáveis externas, através de evidências de validade convergente e discriminante, associadas aos fatores e a escala total, a sintomas depressivos e seus indicadores, como solidão, desamparo, desesperança, autoestima, autoconceito e autoeficácia, além de cognições traumáticas e suporte social, assim como variáveis do abuso sexual (tipo de abuso, frequência, duração e presença de violência) e variáveis de eventos estressores/traumáticos diversos (polivitimização). Participaram da pesquisa crianças e adolescentes do grupo normativo ( $n = 457$ ) e do grupo de vítimas de abuso sexual ( $n = 353$ ). Os resultados mostraram correlação favorável da ERTES com os seus fatores, com variáveis de sintomas depressivos e cognições traumáticas, variáveis associadas ao abuso sexual e a polivitimização por outros eventos, em especial as violências doméstica e escolar. Sugerem-se pesquisas para investigar as evidências de validade em crianças e adolescentes expostos a traumas de outras naturezas, como abuso físico, negligência e violência psicológica. Por outro lado, destaca-se que a ERTES provou ser discriminativa para os grupos de vítimas de abuso sexual e grupo normativo e mensurar reações traumáticas, de acordo com suas variáveis externas.

**Palavras-chave:** Reações traumáticas; Evidências de validade; Abuso sexual infantil.

**Abstract:** Sexual abuse shows impact on a variety of clinical indicators, which may in many cases be associated with indicators of traumatic reactions. The objective of the study was to verify the validity evidence of the Stress Reactions Scale (ERTES) based criterion-group and on external variables, through evidence of convergent and discriminant validity, associated with your factors and the total scale, depressive symptoms and their indicators (such as loneliness,

helplessness, hopelessness, self-esteem, self-concept and self-efficacy), as well as variables of sexual abuse (type of abuse, frequency, duration and violence) and variables of various stressful/traumatic events (polyvictimization). The children and adolescents of the normative group (n = 457) and the group of victims of sexual abuse (n = 353) participated in the study. The results showed a favorable correlation of ERTES with its factors, with variables of depressive symptoms and traumatic cognitions, variables associated with sexual abuse and polyvictimization by other events, especially domestic and school violence. We suggest research to investigate evidence of validity in children and adolescents exposed to other traumas, such as physical abuse, neglect, and psychological violence. On the other hand, it should be noted that ERTES proved to be discriminatory for groups of victims of sexual abuse and normative group and to measure traumatic reactions, according to their external variables.

**Keyword:** Traumatic reactions; Evidence of validity; Child sexual abuse.

## **Introdução**

Meta-análises sobre dados epidemiológicos acerca da prevalência de abuso sexual (AS) apontam que é um fenômeno global, com repercussões significativas nos âmbitos de cuidados e assistência à saúde, e com estimativas mundiais mínimas de 66/1000 casos e máximas de 88/1000, entre meninos, enquanto mostra taxas mínimas de 164/1000 e máximas de 197/1000, entre meninas (Pereda, Guilera, Forns, & Gómez-Benito, 2009; Stoltenborgh, Van Ijzendoorn, Euser, & Bakermans-Kranenburg, 2011). De modo que estes resultados mostram dados subestimados, em razão de fatores como a maior resistência à revelação de abuso por parte de crianças do sexo masculino, fontes de obtenção de dados por autorrelato e problemas metodológicos sobre a vasta definição teórica e conceitual sobre abuso sexual (Pereda et al, 2009).

A Organização Mundial de Saúde (OMS, 2006) define o abuso sexual como o envolvimento de uma criança ou adolescente em uma atividade sexual que ele ou ela não tem total compreensão e é incapaz de dar o seu consentimento informado para este envolvimento, para o qual não estão completamente desenvolvidos, ou ainda que viole as Leis e o tabu social.

Além disso, este conceito reforça que as vítimas podem ser sexualmente abusadas tanto por pessoas mais velhas, como por outras crianças ou adolescentes que, em razão da sua idade ou estágio de desenvolvimento, estão em posição de responsabilidade, confiança ou poder acima superior à vítima. Outras definições incluem que o abuso sexual pode ocorrer ainda em pessoas com idade, no mínimo, 5 anos mais velhas que a idade da vítima (CDC, 2014; Manly, 2005).

A literatura mostra que os danos psicológicos resultantes do abuso sexual são variados e não podem receber suporte de um único modelo teórico que reflita uma síndrome ou um *cluster* sintomatológico de sintomas (Kendall-Tackett, Williams, & Finkelhor, 1993; Paolucci, Genuis, & Violato, 2001). Ao contrário, o AS mostra um caráter multifacetado mais facilmente explicados por modelos teóricos que evidenciem sua variedade de dinâmica e reações emocionais, cognitivas e comportamentais, que nem sempre podem ser identificadas como sintomas (Kendall-Tackett et al, 1993; Finkelhor, & Browne, 1985). Kendall-Tackett et al. (1993) defendem que o abuso sexual seria um estressor generalizado, o qual a criança em momentos posteriores estaria geralmente mais vulnerável a desenvolver problemas em muitas áreas do funcionamento psicossocial, dos quais apresentaria maior vulnerabilidade a depender de seu nível de pré-disposição e fatores pré-existentes.

Meta-análise realizada com mais de 25 mil sujeitos, em 37 estudos empíricos em todo o mundo, apontou que depressão ( $d = 0,44$ ), comportamento sexualizado ( $d = 0,29$ ) e reações de estresse pós-traumático ( $d = 0,29$ ) estão entre algumas das 6 alterações mais frequentes em vítimas de abuso sexual. Estes pesquisadores concluíram ainda que os danos do AS são multifacetados e não geram um único tipo de traumatização, baseada apenas em sintomas. Estes pesquisadores concluem com estes resultados que os mecanismos de traumatização são explicados de forma mais eficaz pelas análises teóricas do Modelo Multifacetado de Traumatização (Kendall-Tackett et al., 1993), em especial o modelo derivativo denominado por Modelo de Dinâmicas Traumatogênicas (MDT), proposto por Finkelhor e Browne (1985).

Finkelhor e Browne (1985) criaram um modelo explicativo para as reações traumáticas de abuso sexual, que incluem a interferência em 4 dinâmicas do funcionamento psicossocial e psíquico. Estas dinâmicas são a sexualização traumática, a traição, a impotência e a estigmatização. A sexualização traumática se mostra através de atitudes, crenças e emoções infantis que repercutem no funcionamento psicossocial e seus relacionamentos, levando ao sujeito compreender a violação, o abuso sexual e sua natureza sexualizada como núcleo de interações afetivas e relacionais, que impactam em sua autoimagem e mediam suas relações com as demais pessoas. A traição se manifesta através de cognições e reações emocionais que demonstram problemas na percepção de segurança, proteção e cuidado recebido no meio em que a criança foi vítima, influenciando no modo como ela lida negativamente com as pessoas mais próximas. A impotência repercute nos mecanismos intrasubjetivos de autoeficácia para controle, respostas de autocuidado e prevenção de revitimizações. A estigmatização se reflete nos sentimentos de autoculpabilização vergonha e estigma social em relação ao abuso ocorrido e sua autorresponsabilização frente as demais pessoas (Finkelhor, & Browne, 1985).

Outro modelo explicativo para os danos sofridos por eventos traumáticos gerais e específicos, como catástrofe naturais, violência urbana e doméstica e também o abuso sexual, é o do Transtorno do Estresse Pós-Traumático (TEPT), proposto originalmente pela APA a partir do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais, ou DSM-III (Copeland, Keeler, Angold, & Costello, 2007). Dentre os sintomas ocorridos em crianças, com variações distintas do adulto, é possível constatar alterações como lembranças recorrentes, involuntárias e intrusivas do evento (critério B); a evitação persistente de estímulos associados ao evento traumático (critério C), p. ex. associadas à evitação de pessoas, situações e ambientes relacionados ao abuso sexual; alterações negativas no humor e na cognição associadas ao evento surgem ou se agravam depois da exposição a ele (critério D), como a dificuldade em sentir emoções positivas (felicidade, alegria, ternura, sexualidade e outras), redução do prazer

nas atividades cotidianas, além de pensamentos distorcidos sobre si e sobre o mundo; alterações da excitabilidade fisiológica, p. ex. reações de tensão, nervosismo e sobressalto involuntário, além de prejuízos na reatividade, p. ex. reações de descontrole comportamental acompanhadas de irritabilidade, agressão e comportamentos destrutivos (critério E). Algumas pessoas ainda podem apresentar sintomas dissociativos, como percepção de distanciamento do próprio corpo (despersonalização) e do ambiente ao redor (desrealização) que, se presente, podem se tornar especificados ao diagnóstico de TEPT.

O AS repercute então em várias dimensões intrapsíquicas e interpessoais de crianças e adolescentes vitimizados. Inúmeras pesquisas têm demonstrado a relação do abuso sexual com outros construtos psicológicos, como autoconceito, autoeficácia, autoestima e outras mudanças clínicas relacionadas à depressão (Goodyear-Brown, 2011; Kendall-Tacket et al., 1993; Ma & Li, 2014; Paolucci et al., 2001). Torna-se imperativo a avaliação destes aspectos que têm repercussão emocional e cognitiva ao longo da vida das vítimas de abuso sexual.

Quanto ao autoconceito, os pesquisadores são consensuais em admitir que se trata de um construto multidimensional (Bagley & Young, 1990; Carmen & Rieker, 1989). Há evidências empíricas de que vítimas de abuso sexual apresentam menores escores em quase todas as dimensões de autoconceito (família, competência, afetividade e físico), ao tempo que não se encontrou associação com os domínios social e acadêmico de autoconceito (Murthi, Servait-Seib, & Elliot, 2006). Quanto à associação entre autoestima e abuso sexual, destaca-se que estudo *cross-sectional* realizado com crianças chinesas apontou que, dentre as várias interferências do desenvolvimento emocional e cognitivo, a autoestima se manifesta como uma das variáveis de maior importância (Ma, & Li, 2014). Em revisão sistemática encontrou-se autoestima juntamente com autoconceito como sendo algumas das alterações e prejuízos psicológicos mais presentes nas consequências do AS (Maniglio, 2009).

O'Donohue e Geer (2013) citam que, de acordo com o modelo de desamparo aprendido proposto por Peterson e Seligman (1983), classes específicas de cognições se manifestam através do processo traumático sofrido por vítimas de AS. Estes mesmos autores acrescentam que crianças sem suporte primário, no contexto familiar, desenvolveriam com mais facilidade problemas de desamparo aprendido, autoestima e depressão. Além disso, os autores acrescentam, de acordo com modelo de Transtorno de Estresse Pós-Traumático, que o AS seria reflexo de um evento “esmagador” que resultaria em desamparo, em face do perigo intolerável, da ansiedade e da excitabilidade instintiva.

Acerca da depressão, O'Donohue e Geer (2013, p. 436) apontam que a “depressão é um dos sintomas mais comuns notados em relatos clínicos” de vítimas e adultos vitimizados por AS. Os relatos em mulheres vítimas de AS parecem ser mais comuns que em homens, que manifestariam mais problemas externalizantes (como problemas de conduta e agressividade). Além disso, outros problemas fortemente associados aos sintomas de depressão são crenças e sentimentos de desamparo, autoconceito negativo e baixa autoestima, assim como sentimentos de culpa.

Neste sentido, o processo de avaliação torna-se mais complexo em razão das características multifacetadas para os danos psicológicos que o abuso sexual pode causar. Deste modo, poucos são os instrumentos auxiliares a esta avaliação que abarcam variáveis específicas aos modelos teóricos explicativos mais úteis para o abuso sexual. Pesquisadores apontam que estas medidas devem servir para: identificar a extensão dos efeitos do AS nas vítimas e de planejamento para tais intervenções psicoterapêuticas; prevenir o abuso reativo, definido como aquele praticado por vítimas contra outras crianças em mesma vulnerabilidade (Glasser et al., 2001; Johnson, 2004).

As pesquisas sobre trauma têm ocupado importante espaço na compreensão dos efeitos do abuso sexual e poucos são os estudos com uso de modelos teóricos que mediam problemas

ao longo da vida das vítimas de abuso sexual (Cantón-Cortés, Cortés, Cantón, & Justicia, 2011). Contudo, estudos mostram com frequência os modelos de Transtorno do Estresse Pós-Traumático, ou TEPT (Wolfe, Gentile, & Wolfe, 1989; Paolucci et al, 2001) e de Dinâmicas Traumatogênicas (Finkelhor & Browne, 1985; Dufour, & Nadeau, 2001) como os mais explicativos para os problemas e complicações traumáticas a curto e a longo prazo.

O objetivo deste estudo analisar as evidências de validade da ERTES baseadas em grupo critério, com grupo normativo e de vítimas de abuso sexual, e evidências de validade baseadas na relação com variáveis externas, através de evidências convergentes e discriminantes, da correlação com suporte social, cognições traumáticas e indicadores da depressão infanto-juvenil (sintomas depressivos, solidão, desamparo, desesperança, autoestima, autoconceito e autoeficácia), assim como variáveis do abuso sexual (tipo de abuso, frequência, duração e violência) e variáveis de eventos estressores/traumáticos diversos (polivitimização).

## **Método**

### *Participantes*

Participaram da pesquisa crianças e adolescentes, ambos os sexos com faixa etária variando de 8 a 17 anos, representados por 353 participantes do grupo de vítimas de abuso sexual (77,9% meninas;  $M = 12,15$  anos;  $DP = 2,64$ ) e 457 do grupo normativo (45,7% meninas;  $M = 12,73$  anos;  $DP = 1,79$ ). Os participantes do grupo de vítimas de abuso sexual foram atendidos em serviços de proteção social especial, como no caso de Centro de Referência Especial da Assistência Social (CREAS), delegacias especializadas de proteção à criança e ao adolescente (DPCA), serviços de assistência especializado públicos e filantrópicos, assim como abrigos de proteção a vítimas de maus-tratos infantis, distribuídos nos Estados brasileiros do Piauí, Maranhão, Bahia, Paraíba, Goiás, Acre, Amapá e Santa Catarina. Os critérios de inclusão para este grupo eram dois, que houvesse denúncia formalizada de abuso sexual pelo critério da OMS (WHO, 2006), com confirmação por exame médico ou não, e que estivesse sendo

acompanhado por intervenção psicológica de apoio ou psicoterapêutica para a demanda de abuso sexual. O critério de exclusão foi aplicado casos que houvesse mudança no relato da vítima sobre a ocorrência do abuso sexual. Os participantes do grupo normativo foram estudantes secundaristas de duas escolas públicas no Estado do Maranhão.

#### *Instrumentos*

*Escala de Reações Traumáticas a Eventos Estressores* (ERTES; Guimarães, & Baptista, 2015).

O desenvolvimento da Escala de Reações Traumáticas a Eventos Estressores (ERTES) baseou-se em dois modelos teóricos relacionados às alterações clínicas decorrentes de eventos traumáticos gerais (TEPT), segundo formulações empíricas e teóricas contidas na DSM-5 (APA, 2013), e do abuso sexual (MDT), Finkelhor & Brown (1985). Após os estudos de evidência de validade de conteúdo e validade com base na estrutura interna, a versão inicial de 72 itens foi reduzida a 51 itens (em publicação). A versão de 51 itens ficou representada por itens do modelo do transtorno de estresse pós-traumático, distribuídos em *clusters* de sintomas da DSM-5: sintomas intrusivos (critério B); sintomas de evitação (critério C); alterações negativas em cognições e no humor (critério D); sintomas de excitação e reatividade (critério E); além de sintomas dissociativos, previstos como descritores para diagnóstico do TEPT, distribuídos em um sintoma de desrealização e outro de despersonalização. Em relação ao modelo teórico de Dinâmicas Traumatogênicas, os itens foram criados de acordo com suas 4 dimensões: sexualização traumática, traição, estigmatização e impotência. A ERTES possui ainda 8 itens neutros que têm a finalidade de diminuir a carga de respostas que evocam recordações e emoções negativas, diminuindo a fadiga e reduzindo o caráter sucessivo dos itens relacionados à experiência traumática. Os estudos de análise fatorial permitiram confirmar a hipótese de 5 fatores para a escala e, com exceção dos itens de sexualização traumática, os demais se organizaram da seguinte forma: Fator 1 - 12 itens representados por sintomas de alterações negativas do humor e da cognição (4 itens), de sintomas de reatividade (7 itens) e

sintoma de pensamentos e recordações intrusivas (1 item), modelo de TEPT; Fator 2 - 10 itens representados pelas reações de sexualização traumática, de acordo com MDT; Fator 3 - 9 itens representados pelas reações de traição (6 itens) e impotência (3 itens), de acordo com MDT; Fator 4 - 14 itens representados por reações de estigmatização (10 itens) e impotência (2 itens), de acordo com MDT, e sintomas dissociativos (2 itens), de acordo com modelo de TEPT; Fator 5 - 6 itens representados por sintomas de pensamentos e recordações intrusivas (3 itens) e sintomas de evitação (3 itens), de acordo com modelo de TEPT. A versão preliminar da escala tem 59 itens, em escala *Likert* de 4 pontos (0-3), com as categorias “nunca”, “pouco”, “às vezes”, “sempre”. A escala apresentou consistência interna, de acordo com alfa de Cronbach, considerada excelente ( $\alpha = 0,94$ ) e para os fatores variou de aceitável (Fator 3,  $\alpha = 0,72$ ; Fator 5,  $\alpha = 0,77$ ) a muito bom (Fator 1,  $\alpha = 0,87$ ; Fator 2,  $\alpha = 0,88$ ; Fator 4 = 0,89). Os escores brutos da ERTES variam de zero a 153 pontos e valores altos descrevem níveis de reações traumáticas emocionais, cognitivas e comportamentais associadas ao evento estressor/traumático.

*Escala Baptista de Depressão Infanto-Juvenil (EBADEP-IJ; Baptista, 2011).*

É um instrumento constituído, em sua versão final, por 27 itens que são discriminativos para sintomatologia depressiva em crianças e adolescentes (8 a 18 anos). É composto por uma escala do tipo *Likert*, de três pontos, variando de zero a dois, com escores brutos que variam de zero a 90 pontos. O instrumento baseia-se nos descritores do DSM-IV-TR, CID-10, Terapia Cognitiva e Princípios do Comportamento (Ferster, Culbertson, & Boren, 1977; Weinberg, Rutman, Sullivan, Pencik & Dietz, 1973) sobre a depressão. Pode ser aplicado na faixa etária de 8 a 18 anos, sendo que, quanto menor a pontuação na EBADEP-IJ, menor a sintomatologia depressiva apresentada pelo indivíduo. Consistência interna mostrou-se adequada para escala geral ( $\alpha=0,89$ ).

*Escala de Percepção de Suporte Social (EPSUS-IJ; Baptista, & Cardoso, 2014)*

A EPSUS-IJ mensura a percepção, por parte de crianças e adolescentes, do suporte recebido por pessoas do seu contexto social. A escala contém 23 itens, respondidos por meio de uma escala *Likert* de quatro pontos, com escore bruto que varia de 0 a 69. A EPSUS tem 3 subescalas, a saber: Enfrentamento de Problemas que ficou composta por 11 itens e índice de confiabilidade alfa de Cronbach ( $\alpha$ ) de 0,91; a segunda, Interação Social composta por cinco itens e índice  $\alpha$  de 0,88; e a terceira subescala, Afetividade, composta por sete itens e índice  $\alpha$  de 0,91. A EPSUS apresentou fidedignidade de 0,95.

O *Child Posttraumatic Cognitions Inventory* (CPTCI; Meiser-Stedman et al., 2009).

O CPTCI é um instrumento que mensura cognições pós-traumáticas em crianças e adolescentes, com idade entre 6 e 17 anos, e possui 25 itens de autorrelato que se dividem no Componente 1 (“Mudança permanente e perturbadora”) e Componente 2 (“Minha vida foi destruída pelo evento traumático”), que devem ser marcados em escala *Likert* de 4 pontos, “0” discordo totalmente, “1” discordo um pouco, “2” concordo um pouco e “3” concordo totalmente. O CPTCI tem alto índice de consistência interna (alfa de Cronbach entre 0,86 e 0,96), assim como confirmadas evidências de validade de construto, convergente (mensurada pela associação entre as subescalas e escalas de sintomas pós-traumáticos e depressivos;  $r_s > 0,5$  e  $r_s > 0,6$ , respectivamente), assim como evidências de validade discriminante (medida de estresse pós-traumático crianças com TEPT mostraram pontuações mais altas no CPTCI, do que crianças sem TEPT (Meiser-Stedman et al., 2009). É o único instrumento de cognições traumáticas destinados a avaliar crianças e adolescentes até o momento no Brasil e teve seus estudos de evidências de validade de conteúdo e com base na estrutura interna confirmados para realidade brasileira (Lobo, 2014).

*Bateria de Avaliação de Indicadores da Depressão Infanto-Juvenil* (BAID-IJ; Borges, Baptista, & Serpa).

Consiste de uma bateria infanto-juvenil (8 a 18 anos de idade) de escalas para detecção de indicadores de depressão clínica. A BAID-IJ foi construído com base nos critérios estabelecidos pelo DSM-5, nos estudos Weinberg, Rutman, Sullivan, Pencik, e Dietz (1973), que apontam alguns descritores para diagnóstico da depressão em crianças e adolescentes, e nos estudos de depressão com modelo animal (desamparo aprendido; Maier & Seligman, 1976). A bateria possui as 7 escalas que se distribuem em indicadores depressão (11 itens), solidão (13 itens), desamparo (17 itens) autoestima (18 itens), autoconceito (16 itens), desesperança (15 itens) e autoeficácia (15 itens). A BADD apresenta ao todo 91 itens, respondidos em uma escala *Likert* de 3 pontos (não/nunca; as vezes; sim/sempre). Os índices de consistência interna mostraram-se muito bons para as escalas da BAID (depressão,  $\alpha=0,84$ ; solidão,  $\alpha=0,81$ ; desamparo,  $\alpha=0,86$ ; autoestima,  $\alpha=0,87$ ; autoconceito,  $\alpha=0,84$ ) e de acordo com o modelo de resposta gradual de Samejima, as análises fatoriais exploratórias demonstraram índices acima do recomendáveis para CFI e TLI, com exceção da escala de autoconceito que apresentou 0,81 (CFI) e 0,77 (TLI) (vide anexos).

Apenas com os familiares e cuidadores das crianças e adolescentes vítimas de abuso sexual foram aplicados dois questionários. O primeiro foi o *Questionário sociodemográfico*, construído para este estudo com o levantamento de informações do cuidador e da criança; faixa etária, sexo, religião, estado civil, número de pessoas residente na casa, dentre outras do cuidados; assim como sexo, idade, escolaridade, repetência e abandono escolar. O segundo foi o *Questionário de características do abuso sexual e exposição a eventos estressores*, representado por questionário destinado ao levantamento das informações como (1) características do agressor; (2) frequência e duração dos episódios de abuso; (3) uso de força física, indícios físicos obtidos por exame médico, presença de agressão e violência, além de outras associadas às muitas implicações traumáticas e mediadoras da severidade do abuso sexual (Rind, & Tromovitch, 1997; Zink, Klesges, Stevens, & Decker, 2009).

*Procedimentos de coleta e cuidados éticos*

O projeto de pesquisa foi primeiramente aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com seres humanos (CEP) da Universidade São Francisco (USF), através do número CAAE 55012816.1.0000.5514. Os procedimentos seguintes foram contatar as instituições participantes e obter a autorização institucional, para aplicação do plano de coleta de dados. Cumprida esta etapa, as coletas de dados ocorreram coletivamente com o grupo normativo, em salas de aula de no mínimo 22 alunos e no máximo 38 alunos, com acompanhamento do próprio pesquisador e 2 estagiários de psicologia como auxiliares, previamente treinados para esta etapa da pesquisa. Foi informado aos participantes que não deixassem nenhum item sem preencher e que não existiam alternativas certas e erradas, assim como eles deveriam marcar a que mais eles se identificassem. Com o grupo de vítimas de abuso sexual, as aplicações foram coletivas, de 3 a 6 participantes em uma sala, ou individualmente em sua maioria.

Aos participantes do grupo normativo e de vítimas, informou-se que suas participações não eram obrigatórias e que seriam respeitados sigilo e confidencialidade dos participantes após a aceitação de participação nesta pesquisa, mediante a apresentação do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) que deveria ser assinado pelos pais em duas vias, e o Termo de Assentimento Livre e Esclarecido (TALE), assinado apenas por adolescentes participantes no estudo. Embora no plano de cuidados éticos tenha sido previsto que a identificação de abuso sexual ou maus-tratos no grupo normativo geraria encaminhamento do caso aos responsáveis da escola e ao Conselho Tutelar dos Direitos da Criança e do Adolescente, não houve casos identificados durante a coleta com este grupo. Quanto à existência de riscos pela pesquisa, os participantes foram informados que quaisquer aspectos de intimidade ou de implicações emocionais (vergonha, ansiedade e reações emocionais negativas) ocorridos gerariam encaminhados (por escrito) para atendimento profissional que

prestasse assistência psicológica e à saúde mental. Durante o curso da coleta não houve identificação destas situações.

#### *Procedimentos de análises de dados*

Os dados foram analisados por procedimentos de estatística inferencial, utilizando cálculos de pelo método ANOVA e de correlação de Pearson para as variáveis abordadas nesse estudo em ambos os grupos. As diferenças de média entre os grupos normativo e de vítimas de abuso sexual foram calculados pelo Teste t de Student.

### **Resultados**

Primeiramente, utilizou-se a correlação de Pearson para verificar as relações entre a escala total da ERTES e seus fatores específicos. Verificou-se que os resultados foram favoráveis e mostraram que os modelos teóricos associados (MDT e TEPT) presentes nos fatores da ERTES mantém de baixa a forte correlação, com exceção dos resultados para os Fatores 3 e 5 no grupo normativo, como pode ser verificado na tabela 1.

#### *Tabela 1*

Correlações entre a ERTES e seus fatores para grupo normativo e de vítimas de abuso sexual.

	Normativo (n=457)						Vítimas (n=353)						
	ERTES	Fatores					ERTES	Fatores					
		1	2	3	4	5		1	2	3	4	5	
ERTES	-						-						
FATOR 1	0,80*	-					0,82*	-					
FATOR 2	0,65*	0,33*	-				0,73*	0,38*	-				
FATOR 3	0,57*	0,36*	0,19*	-			0,68*	0,47*	0,39*	-			
FATOR 4	0,84*	0,64*	0,33*	0,50*	-		0,90*	0,70*	0,53*	0,57*	-		
FATOR 5	0,58*	0,37*	0,35*	0,07	0,40*	-	0,70*	0,53*	0,51*	0,30*	0,57*	-	

Nota. \*p<0,05, \*\*p<0,01, \*\*\*p<0,001.

Posteriormente, realizou-se comparação de média dos escores da ERTES e de seus fatores para grupos normativo e de vítimas de abuso sexual, de modo que foram ratificadas as

evidências de validade de critério para diferenciar os resultados desta escala nestes diferentes grupos.

*Tabela 2*

Resultados dos Testes t realizado com grupos normativos e de vítimas de abuso sexual.

	Grupo Normativo	Grupo de vítimas	t	D.P. Grupo Normativo	D. P. Grupo de vítimas	g.l.	p<
ERTES	54,91	79,31	-14,53	19,49	28,18	808	0,000
Fator 1	13,79	18,82	-9,51	6,67	8,38	808	0,000
Fator 2	11,41	17,57	-12,21	6,26	8,09	808	0,000
Fator 3	6,06	9,78	-11,31	4,13	5,20	808	0,000
Fator 4	13,25	19,96	-11,63	6,40	9,94	808	0,000
Fator 5	10,39	13,61	-10,12	3,78	3,97	808	0,000

Nota. Teste t de Student.

Quando se verificou as diferenças de média da ERTES em relação às variáveis do abuso sexual, não foram confirmadas diferenças significativas em relação ao tipo de abusador (intrafamiliar ou extrafamiliar); ao passo para o tipo de abuso sexual (exibicionismo ou exposição visual a pornografia; manipulação corporal e carícias; intercurso sexual, sexo oral e masturbação), as diferenças de médias foram significativas apenas para meninas. Quanto às variáveis de frequência, duração do abuso sexual, constatação de indícios físicos de abuso sexual e presença de violência física, confirmaram-se diferenças de média significativas em ambos os sexos (tabela 3).

Tabela 3

Diferenças de média da ERTES em relação às características do abuso sexual por sexo.

Características do abuso sexual	Grupo de Vítimas			
	Masculino	p	Feminino	p
Tipo de abuso sexual ( <i>modus operandi</i> )				
Exibicionismo; exposição visual	56,85	0,89	74,63	0,000
Manipulação corporal; carícias	65,8		72,28	
Intercurso; sexo oral; masturbação	78,82		87,63	
Frequencia do abuso sexual				
1 a 3 vezes	67,22		77,67	
4 a 6 vezes	85,11	0,003	87,43	0,03
7 a 10 vezes	102,66		89,60	
Mais de 11 vezes	62,00		83,86	
Duração do abuso sexual				
Até 1 mês	52,21		71,31	
De 2 a 6 meses	60,52	0,000	79,12	0,00
De 7 a 12 meses	73,22		82,50	
Acima de 12 meses	94,03		87,72	
Achados físicos no exame médico associados ao abuso sexual				
Não foi realizado	63,92		76,16	
Houve e não tomou conhecimento	42,75	0,02	77,97	0,002
Apenas indícios físicos	72,25		80,64	
Indícios físicos confirmatórios	82,18		90,62	
Presença de violência física				
Não	59,94		73,83	
Não soube informar	68,06		78,67	
Algumas vezes	60,56	0,03	80,35	0,01
Muitas vezes	83,44		84,21	
Todas as vezes	86,29		90,36	

Nota. Diferenças de média calculada por ANOVA.

As diferenças de média nas pontuações da escala total da ERTES associadas a outros eventos estressores/traumáticos mostraram que vítimas de abuso que sofrem experiências de violência na comunidade, como assalto, roubo, perseguição ou agressão são discriminadas significativamente apenas no grupo de meninos. Experiências associadas a violência doméstica (maus-tratos físicos da própria criança ou observação da sofrida por terceiros, dentre outras formas de violência) e violência na escola (bullying, física ou observação de outras sofridas por terceiros) mostraram valores significativos para diferença de média para ambos os grupos de meninos e meninas. Experiências estressoras/traumáticas diversas, como desastre natural, acidentes de carro, incêndio, descoberta de cadáver, ou outros previstos pelos critérios da DSM-5 (APA, 2013), não puderam ser significativamente discriminadas entre grupo de meninos e meninas.

*Tabela 4*

Diferenças de média da ERTES em relação à exposição a eventos estressores/traumáticos diversos por sexo.

Exposição a eventos estressores/traumáticos		Sim	Não	t	D.P. Sim	D. P. Não	g.l.	p<
Violência na comunidade	Meninos	90,54	64,43	3,38	32,04	28,03	64	0,001
	Meninas	88,23	79,83	1,95	24,25	27,91	215	0,07
Violência doméstica	Meninos	83,65	66,68	2,51	27,41	31,20	71,29	0,01
	Meninas	86,08	77,40	2,48	27,42	26,93	195,80	0,01
Bullying	Meninos	92,56	64,42	3,43	26,20	31,22	32,79	0,002
	Meninas	95,90	78,17	4,63	23,90	26,30	101,52	0,000
Experiências traumáticas gerais	Meninos	85,58	71,15	1,63	26,74	32,69	18,65	0,12
	Meninas	96,25	79,39	3,13	28,67	26,49	39,63	0,003

*Nota.* Diferenças de média calculada por Teste t de Student.

Quanto a associação de variáveis correlatas a experiência de trauma, como suporte social (EPSUS), cognições traumáticas (CPTCi), depressão (EBADEP-IJ) e indicadores de

sintomas depressivos (BAID-D), autoestima (BAID-AE), autoconceito (BAID-AC), autoeficácia (BAID-AF), desamparo (BAID-DA), desesperança (BAID-DE) e solidão (BAID-S), verificou-se correlações de Pearson significativas com a escala total da ERTES, em ambos os grupos normativo e de vítimas. Destaca-se que o grupo de vítimas mostrou estas correlações de magnitude mais expressivas que o grupo normativo, em especial para desesperança, solidão, autoestima, autoconceito e depressão (EBADEP-IJ).

Na amostra de vítimas de abuso sexual, sintomas depressivos (BAID-D) mostraram correlações positivas e de magnitude moderada para os fatores 2, 3 e 5, a forte para os fatores 1 e 4 da ERTES; solidão mostrou correlações positivas e variando de magnitude fraca para o fator 5, a moderada para os fatores 2, 3 e 4, a forte para o fator 1; desamparo mostrou correlações positivas e variando de fraca para os fatores 3 e 5, a moderada para os fatores 1 e 2 e forte para o fator 4; autoestima mostrou correlações negativas variando de magnitude fraca para os fatores 1, 2 e 5, a moderada para os fatores 3 e 4; autoconceito mostrou correlações negativas e variando de fraca para os fatores 1 e 5, representativos do modelo de TEPT, para moderada nos fatores 2, 3 e 4, representativa do MDT; desesperança mostrou correlações positivas e variando de fraca para o fator 5, a moderada para os fatores 1, 2 e 3 e forte para o fator 4, representativo do MDT e associado a estigmatização, impotência e sintomas dissociativos; autoeficácia mostrou correlações negativas e variando de ausente para o fator 5, a fraca para os fatores 1, 2, 3 e 4; depressão (EBADEP-IJ) mostrou correlações positivas e variando de fraca para os fatores 2 e 5, representativos do MDT, a forte para os fatores 1, representativo do modelo de TEPT, e fatores 3 e 4, representativos das DT de traição, estigmatização, impotência e sintomas dissociativos (TEPT); cognições traumáticas mostrou correlações positivas e variando de moderada para os fatores 1, 2 e 5 a forte para os fatores 3 e 4, associadas a DT de traição, impotência, estigmatização e sintomas dissociativos (TEPT);

suporte social mostrou correlações negativas e variando de ausente para os fatores 2 e 5, a fraca para os fatores 1 e 4 e forte para o fator 3, associado a DT de traição e impotência.

Na amostra do grupo normativo não foi encontrada correlação significativa para alguns dos fatores da ERTES e as variáveis correlatas acima citadas. Exemplos disto foram os indicadores de depressão para autoestima (BAID-AE) que não mostrou correlação com Fatores 1, 2 e 5 da ERTES; de autoconceito (BAID-AC) que não mostrou correlação com os fatores 2 e 5 da ERTES; de desesperança (BAID-DE) que não mostrou correlação com o fator 3; de autoeficácia (BAID-AF) que não mostrou correlação para os fatores 2 e 5; e suporte social que não mostrou correlação significativa com o fator 2. Os melhores resultados foram para correlação positiva e com diferentes magnitudes para sintomas depressivos (BAID-D), solidão (BAID-S), desamparo (BAID-DA), depressão (EBADEP-IJ), cognições traumáticas (CPTCi).

Tabela 5

Correlações da ERTES e seus fatores com variáveis correlatas.

	Normativo						Vítimas					
	ERTES	Fator 1	Fator 2	Fator 3	Fator 4	Fator 5	ERTES	Fator 1	Fator 2	Fator 3	Fator 4	Fator 5
BAID-D <sup>a,b</sup>	0,66**	0,63**	0,24**	0,50**	0,66**	0,24**	0,71**	0,67**	0,44**	0,43**	0,65**	0,48**
BAID-S <sup>a,b</sup>	0,51**	0,44**	0,22**	0,43**	0,51**	0,15**	0,65**	0,60**	0,49**	0,41**	0,55**	0,37**
BAID-DA <sup>a,b</sup>	0,58**	0,55**	0,22**	0,42**	0,59**	0,19**	0,66**	0,52**	0,52**	0,38**	0,63**	0,38**
BAID-AE <sup>a,b</sup>	-0,21**	-0,11	-0,03	-0,42**	-0,20**	0,02	-0,52**	-0,36**	-0,39**	-0,45**	-0,49**	-0,26**
BAID-AC <sup>a,b</sup>	-0,24**	-0,17*	-0,00	-0,45**	-0,27**	0,06	-0,51**	-0,38**	-0,40**	-0,42**	-0,47**	-0,28**
BAID-DE <sup>a,b</sup>	0,26**	0,25**	0,13*	0,05	0,28**	0,16**	0,62**	0,52**	0,46**	0,43**	0,61**	0,36**
BAID-AF <sup>a,b</sup>	-0,27**	-0,21**	-0,07	-0,37**	-0,26**	-0,03	-0,38**	-0,27**	-0,34**	-0,36**	-0,29**	-0,16**
EBADEP-IJ <sup>c,d</sup>	0,48**	0,47**	0,21**	0,20**	0,47**	0,28**	0,67**	0,64**	0,32**	0,60**	0,64**	0,35**
CPTCi <sup>c,d</sup>	0,56**	0,49**	0,22**	0,41**	0,55**	0,24**	0,74**	0,59**	0,47**	0,65**	0,68**	0,46**
EPSUS <sup>c,d</sup>	-0,19**	-0,17**	-0,02	-0,38**	-0,23**	0,16*	-0,28**	-0,27**	-0,03**	-0,51**	-0,25**	-0,04**

Nota. Correlação de Pearson. \*p<0,05, \*\*p<0,01. a = 209 participantes do grupo normativo; b = 147 participantes do grupo de vítimas; c = 248 participantes do grupo normativo; d = 206 participantes do grupo de vítimas. BAID-D = Depressão; BAID-S = Solidão; BAID-DA = Desamparo; BAID-AE = Autoestima; BAID-AC = Autoconceito; BAID-DE = Desesperança; BAID-AF = Autoeficácia; EBADEP-IJ = Escala Baptista de Avaliação da Depressão – Infantojuvenil; CPTCi = *Child Posttraumatic Cognitions Inventory*; EPSUS = Escala de Suporte Social.

## **Discussão**

Por meio dos resultados apresentados, verificou-se que a ERTES e seus fatores mostraram correlações positivas e que variaram de moderada a forte para o grupo de vítimas de abuso sexual e moderada em sua grande maioria para o grupo normativo, o que mostrou que as reações traumáticas mensuradas por cada fator mantêm correlação com a escala total e, assim, representam uma medida de natureza significativa para o público de crianças e adolescentes, com e sem exposição ao abuso sexual. Destaca-se forte correlação entre a escala Total e o fator 4, que discrimina sentimentos e crenças de autculpabilização, estigmatização social e vergonha, representados pela maioria dos itens deste fator (10 de 14 itens), com as reações traumáticas para o grupo de vítimas de abuso sexual. Estes achados corroboram resultados de estudos que encontraram o papel destes sentimentos e crenças como fortemente preditoras de trauma (Cantón-Cortés, Cortés, Cantón, & Justicia, 2011; Whiffen, & MacIntosh, 2005). No entanto, houve exceção dos resultados de correlação entre os fatores, encontrada para o fator 3 que não mostrou correlação com o fator 5, para o grupo normativo. O fator 3 discrimina reações traumáticas da percepção de traição, assim como crenças e sentimentos de impotência, de acordo com MDT, ao tempo que o fator 5 apresenta sintomas de evitação e pensamentos e sentimentos intrusivos, de acordo com TEPT, o que sugere não mostrar relações entre estas dinâmicas. Whiffen e MacIntosh (2005) confirmaram que percepção de traição e impotência (Fator 3) não são mediadores significativos de sintomas de TEPT (fator 5), além do que estes resultados do grupo normativo se limitam a não compartilhar da experiência traumática abuso sexual.

Quando se verificaram as diferenças de média da ERTES e seus fatores para os grupos normativos e de vítimas de abuso sexual, os resultados mostraram diferenças significativamente expressivas as quais permitem confirmar evidências de validade com base

em grupo critério. A literatura demonstra que as reações traumáticas são uma variável modificadora do funcionamento psicossocial e da adaptação do indivíduo de curto a longo prazo (Ma, & Li, 2014; Maniglio, 2009; Trickey et al, 2012).

Ao ser verificar as variáveis associadas ao abuso sexual e as diferenças de média da ERTES, a ausência de resultados significativos entre o tipo de abusador e os desfechos clínicos ou reações traumáticas confirmou resultados apresentados por Paolucci et al (2001). Por outro lado, verificaram-se associação entre as reações traumáticas e o tipo de abuso sexual, a frequência, a duração, a existência de achados físicos obtidos por exame médico e a presença de violência nos episódios abusivos encontradas nesta pesquisa. Paolucci et al (2001) confirmaram que a relação entre o tipo de abuso sexual e os seus desfechos não foram significativamente associados, embora Yancey e Hansen (2010) tenham apresentado resultados diferentes e relataram que esta variável mostra piores reações traumáticas associadas ao abuso sexual, em especial, quanto maior é seu caráter invasivo e físico. Este dado ratifica os indicadores de achados físicos por exames médicos encontrados nesta pesquisa. A frequência e a duração dos episódios de abuso sexual foram fortemente associadas a desfechos negativos como problemas de relacionamento interpessoais (Feiring, Rosenthal, & Taska, 2000) e sintomas clínicos significativos (Steel, Wilson, Cross, & Whipple, 1996).

Os resultados de diferenças de média da ERTES em relação a presença de variáveis estressoras/traumáticas familiares, como associação de abuso sexual com violência doméstica, são corroborados por conclusões baseadas no estudo de 3.187 estudantes universitárias do sexo feminino, que afirmaram ter sofrido diferentes tipos de abuso sexual em períodos da infância e juventude (Wisniewski, 1990). Os resultados da presente pesquisa mostraram diferenças de média significativas entre aquelas vítimas de abusos sexual que

sofreram outras formas de vitimização, como as associadas a fatores comunitários e escolares. Jackson-Hollis, Joseph e Browne (2017) confirmaram que a polivitimização, incluindo violência sexual, é fortemente preditora de trauma e danos psicológicos, o que reforça os resultados encontrados nesta pesquisa.

No grupo de vítimas de abuso sexual, as evidências de validade da ERTES com base em variáveis correlatas mostraram relações diretas entre reações traumáticas com sintomas depressivos (BAID-D e EBADEP-IJ), solidão (BAID-S), desamparo (BAID-DA), desesperança (BAID-DE) e inversas com autoconceito (BAID-AC) e autoestima (BAID-AE), que variaram de magnitudes de moderada a forte corroborando resultados encontrados na literatura (Kendall-Tacket et al, 1993; Paolucci et al, 2001; Turner, Finkelhor, & Ormrod, 2010). Finkelhor e Browne (1985) citam a relação direta entre autoestima e as DT de estigmatização, representada no fator 4, e impotência, representada nos fatores 3 e 4, o que confirma a correlação negativa e moderada destas variáveis no presente estudo e associadas ao abuso sexual (Maniglio, 2009; Ma, & Li, 2014). Estes autores e outros (Turner et al, 2010) confirmaram ainda que uma das principais interferências do abuso sexual são as mudanças no autoconceito, o que foi confirmado por correlações negativas e de magnitude moderada especificamente nos fatores 2, 3 e 4, representativos das quatro DT. A autoeficácia mostrou relações significativas entre a repercussão da sexualização traumática (fator 2), traição e impotência (fator 3) e estigmatização (fator 4), o que confirma os resultados destes autores e outros estudos (Messman-Moore, Walsh, & DiLillo, 2010; Trickett, Noll, & Putnam, 2011; Walsh, DiLillo, & Messman-Moore, 2012). A literatura mostrou o suporte social como uma importante variável associada negativamente ao abuso sexual (Trickey, Siddaway, Meiser-Stedman, Serpell, & Field, 2012) e às percepções de traição, percebidas no contexto familiar (Asgeirsdottir, Gudjonsson, Sigurdsson, & Sigfusdottir, 2010; Feiring, Rosenthal, & Taska,

2000), o que pôde ser constatado no presente estudo. Finkelhor e Browne (1985) mostraram que as dinâmicas de traição e estigmatização estão relacionadas com desamparo e sintomas depressivos, os quais incluem desesperança, solidão (Hawkley, & Cacioppo, 2010; Meca, Alcázar, & Soler, 2011) e outros.

As relações verificadas para o grupo normativo mostraram maiores problemas nas relações entre autoestima, autoconceito, desesperança, autoeficácia e suporte social com os indicadores de reações traumáticas da ERTES e seus fatores. Hipotetiza-se para isso que em razão deste grupo não ter sido formado pela exposição a eventos estressores/traumáticos de natureza sexual ou outros tipos, estas correlações não puderam ser confirmadas. Os melhores indicadores foram da escala total da ERTES com sintomas depressivos (BAID-D), solidão (BAID-S), desamparo (BAID-DA), depressão (EBADEP-IJ) e de cognições traumáticas (CPTCi) que mostraram relação direta e de magnitude variando de fraca a forte.

### **Considerações finais**

Destaca-se que a ERTES, assim como seus fatores, mostrou correlações positivas e de moderada a forte, para os grupos normativo e de vítimas de abuso sexual. Estes dados permitem confirmar que a escala se mostra mais útil para sua aplicação em sujeitos não-vítimas e vítimas desta experiência traumática. Quanto as diferenças de média, entre grupo normativo e de vítimas de abuso sexual, confirmaram-se resultados estatísticos significativos para os resultados da ERTES e de seus fatores em cada grupo, por meio do Teste t de Student.

Os resultados da ERTES com base em variáveis do abuso sexual permitiram encontrar resultados favoráveis para a distinção de reações traumáticas em vítimas de abuso sexual com diferentes condições (frequência, duração, natureza invasiva e presença de

violência nos episódios abusivos), assim como naquelas vítimas de abuso sexual que sofrem polivitimização por violência doméstica e violência na escola.

Outros achados foram apoiados na correlação da ERTES com variáveis clínicas correlatas, com especial destaque para relação com sintomas depressivos e cognições traumáticas, que mostraram resultados variando de magnitude moderada a forte, no grupo de vítimas de abuso sexual. Os fatores da ERTES mostraram correlações significativas com medidas correlatas apontadas pela literatura, que apoia os efeitos do TEPT e das DT.

De acordo com as análises de evidências de validade encontradas, sugere-se que estudos futuros sejam realizados com a finalidade de investigar como a ERTES possa ser aplicada a distintos grupos de vítimas apenas de maus-tratos físicos, negligência, violência psicológica e outras experiências estressoras/traumáticas para que se verifique sua capacidade preditora de reações traumáticas, de acordo com os modelos de TEPT e MDT.

## Referências

- American Psychiatric Association. APA. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5®)*. American Psychiatric Pub.
- Asgeirsdottir, B. B., Gudjonsson, G. H., Sigurdsson, J. F., & Sigfusdottir, I. D. (2010). Protective processes for depressed mood and anger among sexually abused adolescents: The importance of self-esteem. *Personality and Individual Differences*, 49(5), 402-407.
- Bagley, C. R., & Young, L. (1990). Depression, self-esteem, and suicidal behavior as sequels of sexual abuse in childhood: Research and therapy. In M. Rothery & G. Cameron (Eds.), *Child maltreatment: Expanding our concept of helping* (pp. 183-209). Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum.

- Baptista, M. N. (2011). *Escala Baptista de Depressão- Versão Infanto-Juvenil (EBADEP-IJ)*. Relatório técnico não-publicado, Programa de Pós-Graduação Stricto Sensu em Psicologia, Universidade São Francisco.
- Baptista, M. N., & Cardoso, H. (2014). *Escala de Percepção de Suporte Social - versão infanto-juvenil (EPSUS-IJ)*. Programa de Pós-Graduação Stricto-Sensu em Psicologia da Universidade São Francisco - Itatiba/SP.
- Borges, L. S., Baptista, M. N., & Serpa, A. L. O. (2015). *Bateria de Avaliação de Indicadores de Depressão Infantojuvenil BAID-IJ* (Unpublished Technical Report, Universidade São Francisco, Itatiba, SP, Brazil).
- Bagley, C. R., & Young, L. (1990). Depression, self-esteem, and suicidal behavior as sequels of sexual abuse in childhood: Research and therapy. In M. Rothery & G. Cameron (Eds.), *Child maltreatment: Expanding our concept of helping* (pp. 183-209). Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum.
- Cantón-Cortés, D., Cantón, J., Justicia, F., & Cortés, M. R. (2011). Un modelo de los efectos del abuso sexual infantil sobre el estrés post-traumático: el rol mediador de las atribuciones de culpa y afrontamiento de evitación. *Psicothema*, 23(1), 66-73.
- Center for Diseases Control and Prevention (CDC) (2014). Adverse Childhood Experiences (ACE) Study. Data and Statistics. *Prevalence of Individual Adverse Childhood Experiences*. Recuperado 21 de março de 2014 em <http://www.cdc.gov/ace/prevalence.htm#3>.
- Copeland, W. E., Keeler, G., Angold, A., & Costello, E. J. (2007). Traumatic events and posttraumatic stress in childhood. *Archives of General Psychiatry*, 64(5), 577-584.
- Dufour, M. H., & Nadeau, L. (2001). Sexual abuse: A comparison between resilient victims and drug-addicted victims. *Violence and Victims*, 16(6), 655.

- Feiring, C., Coates, D. L., & Taska, L. S. (2001). Ethnic status, stigmatization, support, and symptom development following sexual abuse. *Journal of Interpersonal Violence*, 1307–1329.
- Feiring, C., Rosenthal, S., & Taska, L. (2000). Stigmatization and the development of friendship and romantic relationships in adolescent victims of sexual abuse. *Child Maltreatment*, 5(4), 311-322.
- Ferster, C. B., Culbertson, S., & Boren, M. C. (1977). Depressão clínica. In C. B. Ferster, S. Culbertson, & M. C. Boren (Orgs.), *Princípios do Comportamento* (M. I. Silva, M. A. Rodrigues, & M. B. Pardo, Trans., pp. 699-725). São Paulo: Hucitec.
- Finkelhor, D., & Browne, A. (1985). The traumatic impact of child sexual abuse: A Conceptualization. *American Journal of Orthopsychiatry*, 55(4), 530–541. doi: 10.1111/j.1939-0025.1985.tb02703.x
- Glasser, M., Kolvin, I., Campbell, D., Glasser, A., Leitch, I., Farrelly, S., 2001. Cycle of child sexual abuse: links between being a victim and becoming a perpetrator. *The British Journal of Psychiatry* 179 (6), 482–494. doi:http://dx. doi.org/10.1192/bjp.179.6.482.
- Goodyear-Brown, P. (ed.) (2011) *Handbook of child sexual abuse: identification, assessment and treatment*. Hoboken, New Jersey: Wiley.
- Guimarães, L. D. A. & Baptista, M. N. (2015). *Escala de Reações Traumáticas a Eventos Estressores (ERTES)*. Relatório técnico não-publicado, Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade São Francisco.
- Jackson-Hollis, V., Joseph, S., & Browne, K. (2017). The impact of extrafamilial victimization and poly-victimization on the psychological well-being of English young people. *Child Abuse & Neglect*, 67, 349-361.
- Jhonson, C.F., 2004. *Child Sexual Abuse*. *Lancet* 364 (9432), 462–470.

- Lobo, B. D. O. M. (2014). *Adaptação transcultural e avaliação das propriedades psicométricas de escalas de sintomas e cognições pós-traumáticas em crianças e adolescentes* (Master's thesis, Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul).
- Ma, E. Y., & Li, F. W. (2014). Developmental trauma and its correlates: a study of Chinese children with repeated familial physical and sexual abuse in Hong Kong. *Journal of Trauma Stress, 27*(4), 454-60, doi: 10.1002/jts.21944.
- Maniglio, R. (2009). The impact of child sexual abuse on health: A systematic review of reviews. *Clinical Psychology Review, 29*(7), 647–657, doi:10.1016/j.cpr.2009.08.003.
- Manly, J. T. (2005). Advances in research definitions of child maltreatment. *Child Abuse & Neglect, 29*, 425–439.
- Meiser-Stedman, R., Smith, P., Bryant, R., Salmon, K., Yule, W., Dalgleish, T., & Nixon, R. D. (2009). Development and validation of the child post-traumatic cognitions inventory (CPTCI). *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 50*(4), 432-440.
- Murthi, M., Servait-Seib, H. L., & Elliot, A. N. (2006). Childhood sexual abuse and multiple dimensions of self-concept. *Journal of interpersonal violence, 21*(8), 982-999, doi:10.1177/0886260506290288.
- O'Donohue, W. T., & Geer, J. H. (2013). *The Sexual Abuse of Children: Volume I: Theory and Research*. Routledge.
- Paolucci, E., Genuis, M., & Violato, C. (2001). A meta-analysis of the published research on the effects of child sexual abuse. *Journal of Psychology, 135*(1), 17–36.

- Pereda, N., Guilera, G., Forns, M. & Gómez-Benito, J. (2009) The international epidemiology of child sexual abuse: a continuation of Finkelhor (1994). *Child Abuse & Neglect*, 33(1), 331-342.
- Peterson, C., & Seligman, M. E. (1983). Learned helplessness and victimization. *Journal of Social Issues*, 39(2), 103-116.
- Rind, B., & Tromovitch, P. (1997). A meta-analytic review of findings from national samples on psychological correlates of child sexual abuse. *Journal of Sex Research*, 34(3), 237–255.
- Satapathy, S., Choudhary, V., & Sagar, R. (2017). Tools to assess psychological trauma & its correlates in child sexual abuse: A review & current needs in Asia. *Asian Journal of Psychiatry*, 25, 60-73.
- Steel, J. L., Wilson, G., Cross, H., & Whipple, J. (1996). Mediating factors in the development of psychopathology in victims of childhood sexual abuse. *Sexual Abuse: A Journal of Research and Treatment*, 8, 291–316.
- Stoltenborgh, M., Van Ijzendoorn, M. H., Euser, E. M. & Bakermans-Kranenburg, M. J. (2011). A global perspective on child sexual abuse: Meta-analysis of prevalence around the world. *Child Maltreatment*, 16(2), 79–101, doi: 10.1177/1077559511403920.
- Tabachnick, B. G., & Fidell, L. S. (2007). *Using multivariate statistics*. New York: HarperCollins.
- Trickey, D., Siddaway, A. P., Meiser-Stedman, R., Serpell, L., & Field, A. P. (2012). A meta-analysis of risk factors for post-traumatic stress disorder in children and adolescents. *Clinical psychology review*, 32(2), 122-138.

- Turner, H. A., Finkelhor, D., & Ormrod, R. (2010). The effects of adolescent victimization on self-concept and depressive symptoms. *Child Maltreatment, 15*(1), 76-90, doi:10.1177/1077559509349444.
- Weinberg, W. A., Rutman, J., Sullivan, L., Pencik, E. C., & Dietz, S. G. (1973). Depression in children referred to an Education Diagnostic Center. *Journal of Pediatrics, 83*(6), 1065-1072.
- Whiffen, V. E., & MacIntosh, H. B. (2005). Mediators of the link between childhood sexual abuse and emotional distress: A critical review. *Trauma, Violence, & Abuse, 6*(1), 24-39.
- Wisniewski, N. (1990). A path analytic model of the after effects of childhood sexual victimization (Doctoral dissertation, Kent State University, 1989). *Dissertation Abstracts International, 51*, 2079-2080.
- Yancey, C. T., & Hansen, D. J. (2010). Relationship of personal, familial, and abuse-specific factors with outcome following childhood sexual abuse. *Aggression and Violent Behavior, 15*(6), 410-421.
- Zink, T., Klesges, L., Stevens, S., & Decker, P. (2009). The development of a Sexual Abuse Severity Score: Characteristics of childhood sexual abuse associated with trauma symptomatology, somatization, and alcohol abuse. *Journal of Interpersonal Violence, 24*(3), 537-546.
- Wolfe, V.V., Gentile, C., Michienzi, T., Sas, L., & Wolfe, D.A. (1991). The Children's Impact of Traumatic Events Scale: a measure of postsexual abuse PTSD symptoms. *Behavioral Assessment, 13*(1), 159-383.



## Considerações finais

Verificou-se que os resultados das evidências de validade da Escala de Reações Traumáticas a Eventos Estressores (ERTES) mostraram adequados indicadores para discriminação de reações traumáticas em crianças e adolescentes vítimas de abuso sexual, assim como resultados favoráveis para sua aplicação em grupo normativo, de crianças e adolescentes não expostos ao abuso sexual.

A presente pesquisa buscou investigar as evidências de validade da ERTES por meio de análise de conteúdo, análise de estrutura interna, verificação de validade de critério por grupos, normativo e de vítimas de abuso sexual, e com base em variáveis externas. Quanto aos resultados de evidências de validade de conteúdo para a versão inicial de 72 itens da ERTES, os resultados do índice de Kappa foram de 0,84,  $p < 0,001$ , para os 42 itens do MDT, enquanto nos 30 itens do modelo de TEPT, este mesmo índice apresentou resultado de 0,74,  $p < 0,001$ . Dos 11 itens analisados e com problemas de discordância quanto às dimensões teóricas, 6 coincidiram com a exclusão realizada pelos procedimentos fatoriais, enquanto os outros 5, após análise e julgamento dos autores da escala, mantiveram-se na versão final de 51 itens citada acima.

As evidências de validade com base na estrutura interna, foram investigadas por métodos de Análises Fatoriais Exploratórias, parâmetros de ajuste dos itens, Funcionamento Diferencial do Item (DIF), de acordo com Teoria de Resposta ao Item (TRI), e por meio análise de consistência interna, pelo método de alfa de Cronbach. Os resultados encontrados mostraram uma solução adequada de cinco fatores, para 51 itens da versão inicial de 72. Os resultados de TRI mostraram adequada correlação dos itens, pelos resultados de *infit* e *outfit*, assim como demonstrou DIF para 6 itens, sendo 4 para funcionamento diferencial com mulheres e 2 com homens, o que não prejudica a escala total da ERTES. Os resultados de

consistência interna pelo alfa de Cronbach mostraram excelente resultado para a escala Total e valores de suficientes a ótimos para os fatores da ERTES.

Os resultados de evidências de validade apresentados abaixo serão para a ERTES com 51 itens, após estudo de análise de consistência interna. As evidências de validade com base em grupo critério mostraram que a ERTES se mostrou capaz de discriminar o grupo normativo, representado por escolares de ensino Fundamental, do grupo de vítimas de abuso sexual, por meio do teste t de Student.

As evidências de validade com base em variáveis externas mostraram correlações positivas e fortes com depressão, indicadores da depressão e cognições traumáticas. Suporte social se correlacionou negativamente e moderadamente com estigmatização, encontrada no fator 4, e traição, encontrada no fator 3, o que mostra suporte teórico para estas evidências empíricas. Resultados associados a autoestima e autoconceito com as DT também foram confirmados. Os resultados associados às variáveis do abuso sexual mostraram correlação de reações traumáticas com tipo de abuso sexual, frequência, duração e presença de violência no contexto abusivo. Os resultados associados à variável outros eventos estressores mostraram correlação significativa entre violências doméstica e na escola com reações traumáticas apresentadas por vítimas de abuso de ambos os sexos, enquanto violência na comunidade mostrou resultado significativo apenas para o sexo masculino, o que corrobora os estudos teóricos de polivitimização.

Estes resultados apresentados revelam bons indicadores de evidências de validade para a ERTES, assim como consistência interna. Sugere-se para estudos futuros, a realização de Análise Fatorial Confirmatória ERTES, assim como a sua aplicação em grupos de crianças e adolescentes vítimas de outros eventos estressores, como maus-tratos físicos, negligência e violência psicológica. Destaca-se ainda a necessidade de uso cauteloso com a utilização

inadequada da ERTES, como sendo única fonte de dados para discriminar e avaliar reações traumáticas em crianças e adolescentes vítimas de abuso sexual, visto que ela se mostra como instrumento complementar à avaliação psicológica destas demandas.

## Referências

- American Psychological Association (2010). *Ethical Principles for Psychologists and Code of Conduct*. Washington, D.C.: APA.
- Anastasi, A. & Urbina, S. (2000). *Testagem Psicológica*. 7ª ed. Porto Alegre: Artes Médicas Sul.
- Barth, J., Bermetz, L., Heim, E., Trelle, S. & Tonia, T. (2012). The current prevalence of child sexual abuse worldwide: A systematic review and meta-analysis. *International Journal of Public Health*, 58(3), 469–483.
- Bassani, D. G., Pallazo, L. S., Béria, J. U., Gigante, L. P., Figueiredo, A. C. L., Aerts, D. R. G. C. & Raymann, B. C. W. (2009). Child sexual abuse in southern Brazil and associated factors: A population-based study. *BMC Public Health*, 9(1), 1-11, doi:10.1186/1471-2458-9-133.
- Brasil (2009). Lei nº 12.015, de 07 de agosto de 2009. Presidência da República, Brasília, Brasil.
- Browne, A., & Finkelhor, D. (1986) Impact of Child Sexual Abuse. A Review of the Research. *Psychological Bulletin*, 99 (1), 66-77, doi:10.1037/0033-2909.99.1.66
- Carr, A. (2006). *Handbook of Clinical Child and Adolescent Psychology: A Contextual Approach*. 2ª ed. London: Routledge.
- Cashmore, J., & Shackel, R. (2013). *The long-term effects of child sexual abuse*. Australian Institute of Family Studies.
- Castro, G. B. (2011). *Abuso sexual na infância de mulheres brasileiras*. Dissertação de Mestrado. Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública da Universidade de São Paulo. São Paulo.

- Center for Diseases Control and Prevention (CDC) (2014). Adverse Childhood Experiences (ACE) Study. Data and Statistics. *Prevalence of Individual Adverse Childhood Experiences*. Recuperado 21 de março de 2014 em <http://www.cdc.gov/ace/prevalence.htm#3>.
- Conte, J. R., & Schuerman, J. R. (1987). Factors associated with an increased impact of child sexual abuse. *Child Abuse & Neglect, 11*(2), 201-211.
- Copeland, W. E., Keeler, G., Angold, A., Costello, E.J. (2007). Traumatic events and posttraumatic stress in childhood. *Arch Gen Psychiatry, 64*(5), 577-584.
- Cornman, B. J. (1989). *Group treatment for adolescent sexual abuse victims*. Special Issue: Family Violence. *Issues in Mental Health Nursing, 10*(3-4), 261-271.
- Corwin, D. (1989). Early Diagnosis of Child Sexual Abuse: Diminishing the Lasting Effects. In G. Wyatt and J. Powell (Ed.) *Lasting Effects of Child Sexual Abuse*. Newbury Park, CA: Sage, 25-270.
- Duffy, C. Mickey, K. & Dillenburg, K. (2006). Diagnosing Child Sexual Abuse: A research challenge. *International Journal of Behavioral Consultation & Therapy, 2*(2), 150-173.
- Duffy, C. Mickey, K. & Dillenburg, K. (2006). Diagnosing Child Sexual Abuse: A research challenge. *International Journal of Behavioral Consultation & Therapy, 2*(2), 150-173.
- Finkelhor, D. (1987). The sexual abuse of children: Current research reviewed. *Psychiatric Annals, 17*(4), 233-241.
- Finkelhor, D. (1994). The international epidemiology of child sexual abuse. *Child Abuse & Neglect, 18*(5), 409-417.

- Finkelhor, D., & Browne, A. (1985). The traumatic impact of child sexual abuse: A Conceptualization. *American Journal of Orthopsychiatry*, 55(4), 530–541. doi: 10.1111/j.1939-0025.1985.tb02703.x
- Finkelhor, D., Hotaling, G., Lewis, I., & Smith, C. (1990). Sexual abuse in a national survey of adult men and women: Prevalence, characteristics, and risk factors. *Child abuse & Neglect*, 14(1), 19-28.
- Flores, R. Z., Kristensen, C. H., & Salzano, F. M. (1998). Definir e medir o que são abusos sexuais. In M. de F. Pinto Leal e M. A. César (Eds.), *Indicadores de violência intra-familiar e exploração sexual comercial de crianças e adolescentes*. Brasília: Cese/Ministério da Justiça.
- Gomes, L. F. (1996). A Presunção de Violência nos Crimes Sexuais. *Revista Brasileira de Ciências Criminais*. São Paulo, 4(15), 175-177.
- Goodyear-Brown, P. (ed.) (2011) *Handbook of child sexual abuse: identification, assessment and treatment*. Hoboken, New Jersey: Wiley.
- Graupner, H. (2000). Sexual consent: The criminal law in Europe and overseas. *Archives of Sexual Behavior*, 29(5), 415-461.
- Gully, K. J. (2000). Initial development of the Expectations Test for children: A tool to investigate social information-processing. *Journal of Clinical Psychology*, 56(2), 1551-1563.
- Habigzang, L. F., Ramos, M. S., & Koller, S. H (2011). A revelação do abuso sexual: as medidas tomadas pela rede de apoio. *Psicologia: teoria e pesquisa*, 27(4), 467-473.
- Herman, J. L. (1992). Complex PTSD. A syndrome in survivors of prolonged and repeated trauma. *Journal of Traumatic Stress*, 5(3), 377–391. doi: 10.1002/jts.2490050305.

- Hulme, P. A. (2000). Symptomatology and health care utilization of women primary care patients who experienced childhood sexual abuse. *Child Abuse & Neglect, 24*(1), 1471–1484.
- International Test Commission (2012). *International Guidelines on Quality Control in Scoring, Test Analysis, and Reporting of Test Scores*. [<http://www.intestcom.org/upload/sitefiles/qcguidelines.pdf>].
- Jampole, L., & Weber, M. (1987). An Assessment of the Behavior of Sexually Abused and Non- Sexually Abused Children with Anatomically Correct Dolls. *Child Abuse & Neglect, 11*(1), 187-192.
- Kendall-Tackett, K. A., Williams, L. M., & Finkelhor, D. (1993). Impact of sexual abuse on children: A review and synthesis of recent empirical studies. *Psychological Bulletin, 113*(1), 164-180.
- Maniglio, R. (2009). The impact of child sexual abuse on health: A systematic review of reviews. *Clinical Psychology Review, 29*(7), 647–657, doi:10.1016/j.cpr.2009.08.003.
- Matorin, A., & Lynn, S. (1998). The development of a measure of correlates of child sexual abuse: The Traumatic Sexualization Survey. *Journal of Traumatic Stress, 11*(2), 261–280. doi:10.1023=A:1024499019860.
- McCallum E. B, Peterson, Z. D., & Mueller, T. M. J. (2012). Validation of the traumatic sexualization survey for use with heterosexual men. *Sex Res, 49*(5), 423-433.
- Newman, M. G., Clayton, L., Zuellig, A., Cashman, L., Arnow, B., & Dea, R. (2000). The relationship of childhood sexual abuse and depression with somatic symptoms and medical utilization. *Psychological Medicine, 30*(5), 1063–1077.

- Nilsson, D., Wadsby, M., & Svedin, C. G. (2008). The psychometric properties of the Trauma Symptom Checklist For Children (TSCC) in a sample of Swedish children. *Child Abuse, & Neglect*, 32(6), 627-36.
- Péreda, N., Guilera, G., Forns, M. & Gómez-Benito, J. (2009) The international epidemiology of child sexual abuse: a continuation of Finkelhor (1994). *Child Abuse & Neglect*, 33(1), 331-342.
- Perrin, S., Smith, P., & Yule, W. (2000). Practitioner review: The assessment and treatment of post-traumatic stress disorder in children and adolescents. *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines*, 41(3), 277–289.
- Ribeiro, M. A., Ferriani, M. G. C. & Reis, J. N. (2004). Sexual abuse of children and adolescents: Characteristics of sexual victimization in family relations. *Caderno de Saúde Pública, Rio de Janeiro*, 20(2), 456-464.
- Rovinski, S. L. R. (2007). *Fundamentos da perícia psicológica forense*. Vetor.
- Scott, W. (1992). Group therapy with sexually abused boys: Notes toward managing behavior. *Clinical Social Work Journal*, 20(4), 395-409.
- Senn, T. E., Carey, M. P., & Coury-Doniger, P. (2012). Mediators of the relation between childhood sexual abuse and women's sexual risk behavior: A comparison of two theoretical frameworks. *Archives of sexual behavior*, 41(6), 1363-1377.
- Stoltenborgh, M., Van Ijzendoorn, M. H., Euser, E. M. & Bakermans-Kranenburg, M. J. (2011). A global perspective on child sexual abuse: Meta-analysis of prevalence around the world. *Child Maltreatment*, 16(2), 79–101, doi: 10.1177/1077559511403920.
- Tardivo, L. S. L. P. C. (2010). *IFVD: Inventário de frases no diagnóstico de violência doméstica contra crianças e adolescentes*. São Paulo: Vetor Editora.

- Van der Kolk, B. A. (2005). Developmental trauma disorder. *Psychiatric Annals*, 35(5), 401–408.
- Violato, C., & Genuis, M. (1993). Problems of Research in male child sexual abuse: A review. *Journal of Child Sexual Abuse*, 2(3), 33-54.
- Walker, E., Unutzer, J., Rutter, C., Gelfand, A., Saunders, K., VonKorff, M., Koss, M., & Katon, W. (1999). Costs of health care use by women HMO members with a history of childhood abuse and neglect. *Archives of General Psychiatry*, 56, 609–613.
- Walsh, K., Fortier, M. A., & DiLillo, D. (2010). Adult coping with childhood sexual abuse: A theoretical and empirical review. *Aggression and Violent Behavior*, 15 (1), 1–13. doi:10.1016=j.avb.2009.06.009.
- WHO. World Health Organization. (2006). *World Health Organization and International Society for Prevention of Child Abuse and Neglect*. (2006). Preventing child maltreatment: A guide to taking action and generating evidence. Geneva, Switzerland: WHO.
- Wolfe, V. V., Gentile, C. & Wolfe, D. (1989). The Impact of Sexual Abuse on Children: A PTSD Formulation. *Behavior Therapy*, 20(2), 215-228.
- Wong, J. P. (2006). Age of consent to sexual activity in Canada: Background to proposed new legislation on ‘age of protection’. *Canadian Journal of Human Sexuality*, 15(4), 163–169.

**ANEXOS**

**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA PESQUISA  
CONSTRUÇÃO E EVIDÊNCIAS DE VALIDADE DA ESCALA DE REAÇÕES TRAUMÁTICAS A EVENTOS  
ESTRESSORES (ERTES)**

Eu, \_\_\_\_\_, RG \_\_\_\_\_, abaixo assinado responsável legal da criança ou adolescente \_\_\_\_\_ dou meu consentimento livre e esclarecido para que ele(a) participe como voluntário do projeto de pesquisa supracitado, sob a responsabilidade do(s) pesquisador(es) **Prof. Dr. Makilim Nunes Baptista e Ms. Lucas Dannilo Aragão Guimarães**, do Curso de Doutorado em Psicologia da Universidade São Francisco. Assinando este Termo de Consentimento estou ciente de que:

- 1 - **O objetivo** da pesquisa é a construção de uma Escala de Reações Traumáticas a Eventos Estressores (ERTES).
- 2 - Durante o estudo serão aplicados, com a criança ou adolescente, **os seguintes instrumentos**, em combinação, podendo ser: Escala de Reações Traumáticas a Eventos Estressores (ERTES) juntamente com a Bateria de Avaliação de Descritores da Depressão (BADD-IJ); **OU** Escala de Reações Traumáticas a Eventos Estressores (ERTES) com Escala Baptista de Depressão Infanto-Juvenil (EBADEP-IJ), Escala de Percepção de Suporte Social (EPSUS-IJ) e o Inventário de Cognições Pós-Traumática infantil (CPTCi), com tempo estimado de 50 minutos;
- 3 - Obtive todas as informações necessárias para poder decidir conscientemente sobre a sua participação na referida pesquisa;
- 4 - A resposta a este (s) instrumento(s)/ procedimento(s) não apresentam riscos conhecidos a sua saúde física e mental; havendo desconforto emocional à criança/adolescente, ela(ele) será encaminhada(o) a atendimento psicológico em serviço da rede municipal de saúde;
- 5 - Estou livre para interromper a qualquer momento a sua participação na referida pesquisa, bem como ele estará livre para interromper a sua participação, não havendo qualquer prejuízo decorrente desta decisão;
- 6 - Seus dados pessoais serão mantidos em sigilo e os resultados gerais obtidos na pesquisa serão utilizados apenas para alcançar os objetivos do trabalho, expostos acima, incluída sua publicação na literatura científica especializada;
- 7 - Poderei contatar o Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade São Francisco para apresentar recursos ou reclamações em relação à pesquisa pelo telefone: (11) 2454-8981;
- 8 - Poderei entrar em contato com o responsável pelo estudo, sempre que julgar necessário pelo telefone número (86)99941-5201;
- 9 - Este Termo de Consentimento é feito em duas vias, sendo que uma permanecerá em meu poder e outra com o pesquisador responsável.

Local e data \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_

Assinatura do Sujeito de Pesquisa ou Responsável: \_\_\_\_\_

Assinatura do Pesquisador Responsável: \_\_\_\_\_

**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA PESQUISA  
CONSTRUÇÃO E EVIDÊNCIAS DE VALIDADE DA ESCALA DE REAÇÕES TRAUMÁTICAS A EVENTOS  
ESTRESSORES (ERTES)**

Eu, \_\_\_\_\_, RG \_\_\_\_\_, abaixo assinado responsável legal da criança ou adolescente \_\_\_\_\_ dou meu consentimento livre e esclarecido para que ele(a) participe como voluntário do projeto de pesquisa supracitado, sob a responsabilidade do(s) pesquisador(es) **Prof. Dr. Makilim Nunes Baptista e Ms. Lucas Dannilo Aragão Guimarães**, do Curso de Doutorado em Psicologia da Universidade São Francisco. Assinando este Termo de Consentimento estou ciente de que:

- 1 - **O objetivo** da pesquisa é a construção de uma Escala de Reações Traumáticas a Eventos Estressores (ERTES).
- 2 - Durante o estudo serão aplicados, com a criança ou adolescente, **os seguintes instrumentos**, em combinação, podendo ser: Escala de Reações Traumáticas a Eventos Estressores (ERTES) juntamente com a Bateria de Avaliação de Descritores da Depressão (BADD-IJ); **OU** Escala de Reações Traumáticas a Eventos Estressores (ERTES) com Escala Baptista de Depressão Infanto-Juvenil (EBADEP-IJ), Escala de Percepção de Suporte Social (EPSUS-IJ) e o Inventário de Cognições Pós-Traumática infantil (CPTCi), com tempo estimado de 50 minutos;
- 3 - Obtive todas as informações necessárias para poder decidir conscientemente sobre a sua participação na referida pesquisa;
- 4 - A resposta a este (s) instrumento(s)/ procedimento(s) não apresentam riscos conhecidos a sua saúde física e mental; havendo desconforto emocional à criança/adolescente, ela(ele) será encaminhada(o) a atendimento psicológico em serviço da rede municipal de saúde;
- 5 - Estou livre para interromper a qualquer momento a sua participação na referida pesquisa, bem como ele estará livre para interromper a sua participação, não havendo qualquer prejuízo decorrente desta decisão;
- 6 - Seus dados pessoais serão mantidos em sigilo e os resultados gerais obtidos na pesquisa serão utilizados apenas para alcançar os objetivos do trabalho, expostos acima, incluída sua publicação na literatura científica especializada;
- 7 - Poderei contatar o Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade São Francisco para apresentar recursos ou reclamações em relação à pesquisa pelo telefone: (11) 2454-8981;
- 8 - Poderei entrar em contato com o responsável pelo estudo, sempre que julgar necessário pelo telefone número (86)99941-5201;
- 9 - Este Termo de Consentimento é feito em duas vias, sendo que uma permanecerá em meu poder e outra com o pesquisador responsável.

Local e data \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_

Assinatura do Sujeito de Pesquisa ou Responsável: \_\_\_\_\_

Assinatura do Pesquisador Responsável: \_\_\_\_\_

**TERMO DE ASSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA PESQUISA  
CONSTRUÇÃO E EVIDÊNCIAS DE VALIDADE DA ESCALA DE REAÇÕES TRAUMÁTICAS A EVENTOS  
ESTRESSORES (ERTES)**

Eu, \_\_\_\_\_, RG \_\_\_\_\_, abaixo assinado, fui orientado e esclarecido sobre minha participação nesta pesquisa, assim como tive minhas dúvidas e perguntas respondidas e esclarecidas, por mais simples que possam parecer, para participar como voluntário(a) do projeto de pesquisa citado acima, sob a responsabilidade do(s) pesquisador(es) **Prof. Dr. Makilim Nunes Baptista** e **Ms. Lucas Dannilo Aragão Guimarães**, do Curso de Doutorado em Psicologia da Universidade São Francisco.

Assinando este Termo de Assentimento, eu confirmo que tive total conhecimento sobre:

- 1 - O **objetivo** desta pesquisa é a: construção de uma Escala de Reações Traumáticas a Eventos Estressores (ERTES).
- 2 - Informação de que serão aplicados comigo os seguintes **instrumentos de pesquisa**, em combinação, que podem ser: Escala de Reações Traumáticas a Eventos Estressores (ERTES) juntamente com a Bateria de Avaliação Descritores da Depressão (BADD-IJ); OU Escala de Reações Traumáticas a Eventos Estressores (ERTES) com Escala Baptista de Depressão Infanto-Juvenil (EBADEP-IJ), Escala de Percepção de Suporte Social (EPSUS-IJ) e o Inventário de Cognições Pós-Traumática infantil (CPTCi), com tempo estimado de 50 minutos;
- 3 - Todas as informações necessárias para poder decidir conscientemente sobre a minha participação na referida pesquisa;
- 4 - As informações de que minha resposta a este (s) instrumento(s)/ procedimento(s) não apresentam riscos conhecidos a minha saúde física e mental; porém, havendo possibilidade que cause desconforto emocional, eu serei encaminhado a atendimento psicológico em serviço da rede municipal de saúde;
- 5 - Estou livre para interromper a qualquer momento a minha participação na referida pesquisa, não havendo qualquer prejuízo decorrente da minha decisão;
- 6 - Meus dados pessoais serão mantidos em sigilo, assim como os resultados gerais obtidos na pesquisa serão utilizados apenas para alcançar o objetivo desta pesquisa, apresentado acima, incluindo sua publicação na literatura científica especializada;
- 7 - Poderei contatar o Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade São Francisco para apresentar reclamações, dúvidas ou outras perguntas necessárias em relação à pesquisa pelo telefone: (11) 2454-8981;
- 8 - Poderei entrar em contato com o responsável pela pesquisa, sempre que julgar necessário pelo telefone número (86) 99941-5201, inclusive por ligação telefônica “a cobrar”;
- 9 - Este Termo de Assentimento é feito em duas cópias, sendo que uma cópia permanecerá comigo e outra com o pesquisador responsável.
- 10 - É necessária também a assinatura do meu responsável legal no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para que eu possa participar desta pesquisa.

Local e data \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_

Assinatura do adolescente: \_\_\_\_\_

Assinatura do Pesquisador Responsável: \_\_\_\_\_

**TERMO DE ASSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA PESQUISA  
CONSTRUÇÃO E EVIDÊNCIAS DE VALIDADE DA ESCALA DE REAÇÕES TRAUMÁTICAS A EVENTOS  
ESTRESSORES (ERTES)**

Eu, \_\_\_\_\_, RG \_\_\_\_\_, abaixo assinado, fui orientado e esclarecido sobre minha participação nesta pesquisa, assim como tive minhas dúvidas e perguntas respondidas e esclarecidas, por mais simples que possam parecer, para participar como voluntário(a) do projeto de pesquisa citado acima, sob a responsabilidade do(s) pesquisador(es) **Prof. Dr. Makilim Nunes Baptista** e **Ms. Lucas Dannilo Aragão Guimarães**, do Curso de Doutorado em Psicologia da Universidade São Francisco.

Assinando este Termo de Assentimento, eu confirmo que tive total conhecimento sobre:

- 1 - O **objetivo** desta pesquisa é a: construção de uma Escala de Reações Traumáticas a Eventos Estressores (ERTES).
- 2 - Informação de que serão aplicados comigo os seguintes **instrumentos de pesquisa**, em combinação, que podem ser: Escala de Reações Traumáticas a Eventos Estressores (ERTES) juntamente com a Bateria de Avaliação Descritores da Depressão (BADD-IJ); OU Escala de Reações Traumáticas a Eventos Estressores (ERTES) com Escala Baptista de Depressão Infanto-Juvenil (EBADEP-IJ), Escala de Percepção de Suporte Social (EPSUS-IJ) e o Inventário de Cognições Pós-Traumática infantil (CPTCi), com tempo estimado de 50 minutos;
- 3 - Todas as informações necessárias para poder decidir conscientemente sobre a minha participação na referida pesquisa;
- 4 - As informações de que minha resposta a este (s) instrumento(s)/ procedimento(s) não apresentam riscos conhecidos a minha saúde física e mental; porém, havendo possibilidade que cause desconforto emocional, eu serei encaminhado a atendimento psicológico em serviço da rede municipal de saúde;
- 5 - Estou livre para interromper a qualquer momento a minha participação na referida pesquisa, não havendo qualquer prejuízo decorrente da minha decisão;
- 6 - Meus dados pessoais serão mantidos em sigilo, assim como os resultados gerais obtidos na pesquisa serão utilizados apenas para alcançar o objetivo desta pesquisa, apresentado acima, incluindo sua publicação na literatura científica especializada;
- 7 - Poderei contatar o Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade São Francisco para apresentar reclamações, dúvidas ou outras perguntas necessárias em relação à pesquisa pelo telefone: (11) 2454-8981;
- 8 - Poderei entrar em contato com o responsável pela pesquisa, sempre que julgar necessário pelo telefone número (86) 99941-5201, inclusive por ligação telefônica “a cobrar”;
- 9 - Este Termo de Assentimento é feito em duas cópias, sendo que uma cópia permanecerá comigo e outra com o pesquisador responsável.
- 10 - É necessária também a assinatura do meu responsável legal no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para que eu possa participar desta pesquisa.

Local e data \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_

Assinatura do adolescente: \_\_\_\_\_

Assinatura do Pesquisador Responsável: \_\_\_\_\_

**QUESTIONÁRIO SOCIODEMOGRÁFICO**

Número do protocolo: \_\_\_\_\_

Data de aplicação: \_\_\_\_\_ hora da aplicação: \_\_\_\_\_

Local e município de coleta: \_\_\_\_\_

**IDENTIFICAÇÃO DO RESPONSÁVEL**

NOME: \_\_\_\_\_

OCUPAÇÃO/ PROFISSÃO: \_\_\_\_\_ DATA DE NASCIMENTO: \_\_\_\_\_

<b>1. SEXO</b> ( ) Masculino ( ) Feminino	<b>2. SUA ETNIA</b> ( ) Branca ( ) Asiática ( ) Parda ( ) Indígena ( ) Negra
<b>3. IDADE</b> ( ) 18 a 20 anos ( ) 46 a 50 anos ( ) 21 a 25 anos ( ) 51 a 55 anos ( ) 26 a 30 anos ( ) 56 a 60 anos ( ) 31 a 35 anos ( ) 61 a 65 anos ( ) 36 a 40 anos ( ) Acima de 65 anos ( ) 41 a 45 anos	<b>4. SUA RELIGIÃO</b> ( ) Católica ( ) Espírita ( ) Evangélica/ protestante ( ) Judaica ( ) Afro-brasileira/ umbanda ( ) Oriental/ budismo ( ) Não tem ( ) Outras _____
<b>5. SUA ESCOLARIDADE</b> ( ) Sem escolarização formal ( ) Ens. Fundamental incompleto ( ) Ens. Fundamental completo ( ) Ens. Médio incompleto ( ) Ens. Médio completo ( ) Ens. Superior incompleto ( ) Ens. Superior completo ( ) Pós-Graduação	<b>6. SUA RENDA FAMILIAR MENSAL (aproximada)</b> ( ) Menor que 1 salário mínimo ( ) Entre 1 e 2 salários mínimos ( ) Entre 3 e 6 salários mínimos ( ) Entre 7 e 12 salários mínimos ( ) Acima de 12 salários mínimos
<b>7. O NÚMERO DE PESSOAS QUE VIVEM EM SUA CASA CONTANDO COM VOCÊ?</b> ( ) 1 pessoa ( ) Entre 2 e 4 pessoas ( ) Entre 5 e 9 pessoas ( ) Acima de 10 pessoas	<b>8. SEU ESTADO CIVIL</b> ( ) Solteiro(a) ( ) Amaziado(a)/ "Junto"/ Relação estável ( ) Casado(a) ( ) Separado(a) ( ) Viúvo(a)

**IDENTIFICAÇÃO DA CRIANÇA OU ADOLESCENTE**

NOME: \_\_\_\_\_

**Vínculo com a criança ou adolescente:**

<input type="checkbox"/> Pai	<input type="checkbox"/> Padrasto	<input type="checkbox"/> Avô	<input type="checkbox"/> Tio ou tia
<input type="checkbox"/> Mãe	<input type="checkbox"/> Madrastra	<input type="checkbox"/> Avó	<input type="checkbox"/> Outro _____

<b>9. SEXO</b> ( ) Masculino ( ) Feminino	<b>10. ETNIA DA CRIANÇA OU ADOLESCENTE</b> ( ) Branca ( ) Asiática ( ) Parda ( ) Indígena ( ) Negra
--	--

<b>11. IDADE</b>	<b>12. ESCOLARIDADE DA CRIANÇA OU ADOLESCENTE</b>
<input type="checkbox"/> 8 anos <input type="checkbox"/> 9 anos <input type="checkbox"/> 10 anos <input type="checkbox"/> 11 anos <input type="checkbox"/> 12 anos <input type="checkbox"/> 13 anos	<input type="checkbox"/> Creche <input type="checkbox"/> Pré-escola <input type="checkbox"/> 1º ano <input type="checkbox"/> 2º ano/ 1ª série <input type="checkbox"/> 3º ano/ 2ª série <input type="checkbox"/> 4º ano/ 3ª série <input type="checkbox"/> 5º ano/ 4ª série
<input type="checkbox"/> 14 anos <input type="checkbox"/> 15 anos <input type="checkbox"/> 16 anos	<input type="checkbox"/> 6º ano/ 5ª série <input type="checkbox"/> 7º ano/ 6ª série <input type="checkbox"/> 8º ano/ 7ª série <input type="checkbox"/> 9º ano/ 8ª série <input type="checkbox"/> Ensino Médio <input type="checkbox"/> Educação especial
<b>13. JÁ REPETIU ALGUMA SÉRIE ESCOLAR?</b>	<b>14. JÁ ABANDONOU A ESCOLA ALGUMA VEZ?</b>
<input type="checkbox"/> Nunca <input type="checkbox"/> de 1 a 2 vezes <input type="checkbox"/> de 3 a 4 vezes <input type="checkbox"/> acima de 5 vezes	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim, quantas vezes? _____

## Questionário de caracterização do abuso sexual e exposição a eventos estressores

Número do

protocolo: \_\_\_\_\_

Data de aplicação: \_\_\_\_\_ hora da aplicação: \_\_\_\_\_

Local e município de coleta: \_\_\_\_\_

**Identificação do entrevistado**(nome): \_\_\_\_\_

**Identificação da criança/adolescente**(nome): \_\_\_\_\_

### Informações preliminares

A. A idade aproximada da vítima no **primeiro episódio** do abuso sexual: \_\_\_\_\_

B. A idade aproximada da vítima no **último episódio** do abuso sexual (se episódio único, preencher com "0"): \_\_\_\_\_

C. O tempo (em anos) entre o último episódio do abuso sexual e esta aplicação do questionário: \_\_\_\_

D. Sobre a **revelação do abuso sexual**:

A vítima revelou espontaneamente       A vítima foi induzida a revelar

E. **Local** onde ocorriam com maior frequência os abusos sexuais:

Residência da vítima/agressor       Residência apenas do agressor  
 Residência de parente da vítima       Local abandonado ("mato" ou outros lugares)  
 Local com origem desconhecida       Outro \_\_\_\_\_

### Caracterização do abuso sexual

1. A criança/adolescente foi vítima abuso sexual envolvendo um **acusado**:

Pai       Padrasto       Irmão/irmã       Conhecido da família       Namorado(a)  
 Mãe       Madrasta       Outro parente       Estranho/ desconhecido

1.1 Faixa etária (a idade aproximada) do acusado

Abaixo de 18 anos       18 a 30 anos       31 a 40 anos       41 a 50 anos  
 51 a 60 anos       61 a 70 anos       > 71 anos       Não sabe informar

2. Esta pessoa apresentava **graves problemas** com:

Bebida alcoólica       Prática de crimes       Outros graves problemas  
 Uso de drogas       Conflitos familiares  
 Não apresentava

3. Os episódios de abuso sexual aconteceram com **frequência** aproximadamente:

De 1 a 3 vezes       De 4 a 6 vezes       De 7 a 10 vezes  
 Mais de 11 vezes

4. Os episódios de abuso sexual **duraram** aproximadamente:

- +/- um mês                       De 2 a 6 meses                       De 7 a 12 meses  
 Acima de 12 meses

5. Os episódios de abuso sexual aconteceram por **meio de**:

- Beijos e toques manuais                       Relação sexual com penetração  
 Sexo oral     Observação de atos sexuais (ao vivo/ filmes/ outros meios)  
 Ejaculação em partes do corpo

6. Durante os episódios de abuso sexual havia **ameaças ou uso de força**?

- Não sei     Parece que algumas vezes  
 Parece que muitas vezes                       Todas as vezes

7. Houve **exame médico (exame médico-legal)** que confirmasse a violência/abuso sexual contra a criança ou adolescente?

- Não sei     Não  
 Sim, foi confirmado pelo médico                       Sim, o médico achou indícios (“pistas”), mas não confirmou.

7.1 Os episódios de abuso sexual geraram **gravidez, aborto, Doença sexualmente transmissível (DST)** ou **outros problemas físicos**?

---



---

8. O acusado **violentou fisicamente** a criança/ adolescente (ex. tapas, murros, beliscões ou outros atos)?

- Não sei     Parece que algumas vezes  
 Não     Parece que muitas vezes

8.1 O acusado ofereceu **“presentes” ou algum benefício** (dinheiro, vantagens ou outros ganhos) a criança/ adolescente para não revelar o abuso sexual?

- Não sei     Parece que algumas vezes  
 Não     Parece que muitas vezes

9. Antes desta ocorrência de abuso sexual, a criança/ adolescente já tinha sido levada a **abrigo, serviço de proteção ou acolhimento**?

- Não sei     Não  
 Sim. Se sim, qual o motivo? \_\_\_\_\_

10. Antes desta ocorrência de abuso sexual, a criança/adolescente já tinha sido atendida pelo **Conselho Tutelar**?

- Não sei     Não  
 Sim. Se sim, qual o motivo? \_\_\_\_\_

11. Antes desta ocorrência de abuso sexual, a criança/adolescente já tinha sido atendida pelo **Fórum ou pela Vara da Infância** da cidade?

- Não sei     Não  
 Sim. Se sim, qual o motivo? \_\_\_\_\_

### Histórico clínico da criança

---

12. A criança/adolescente já passou, ou está passando atualmente, por **tratamento psicológico**?

- Não sei  Não  
 Sim. Se sim, quantas sessões \_\_\_\_\_ e quantos meses somando todas as sessões aproximadamente? \_\_\_\_\_

13. A criança/adolescente já passou, ou está passando atualmente, por **tratamento com psiquiatra**?

- Não sei  Não  
 Sim. Se sim, quantas sessões \_\_\_\_\_ e quantos meses somando todas as sessões aproximadamente? \_\_\_\_\_

14. A criança/adolescente apresenta já teve algum **problema de saúde grave**?

- Não sei  Não  
 Sim. Se sim, qual(is)? \_\_\_\_\_

14.1 A criança/adolescente já passou por **períodos de internações em Hospital**?

- Não sei  Não  
 Sim. Se sim, por quantas vezes \_\_\_\_\_ e somando tudo quantos dias? \_\_\_\_\_  
 e qual(is) motivo(s) \_\_\_\_\_ e a(s) idade(s) \_\_\_\_\_

15. A criança/adolescente apresenta já teve algum **problema neurológico** (convulsão, epilepsia ou outro problema neurológico) e que precisou de outros tipos de tratamentos?

- Não sei  Não  
 Sim. Se sim, qual(is)? \_\_\_\_\_

### Histórico de exposição a eventos traumáticos

---

16. A criança/adolescente já viveu ou teve que enfrentar alguma **violência na comunidade**, como assalto, agressão, perseguição, sequestro ou diversos tipos de violência?

- Não sei  Não  
 Sim. Se sim, qual(is)? \_\_\_\_\_

17. A criança/adolescente já viveu ou teve que enfrentar alguma **violência em casa ou em família**, que outras pessoas tenham passado ou ela tenha passado?

- Não sei  Não  
 Sim. Se sim, qual(is)? \_\_\_\_\_

18. A criança/adolescente já viveu ou teve que enfrentar alguma **violência na escola** (*bullying* ou brigas com outras pessoas dentro da escola)?

- Não sei  Não  
 Sim. Se sim, qual(is)? \_\_\_\_\_

19. A criança/adolescente já viveu ou enfrentou algum **acidente, batida de carro, desmoroamento, incêndio, descoberta de cadáver, catástrofe natural ou outro tipo de experiência traumática**?

- Não sei  Não  
 Sim. Se sim, qual(is)? \_\_\_\_\_

---

**Alterações gerais da criança/adolescente**

20. Me fale **as principais mudanças de comportamento, problemas emocionais, ou psicológicos** que você tem percebido na criança/adolescente?

---

---

---

## CONFIRMAR APROVAÇÃO PELO CAAE OU PARECER

Informe o número do CAAE ou do Parecer:

Número do CAAE:

55012816.1.0000.5514

Número do Parecer:

[Pesquisar](#)

*Esta consulta retorna somente pareceres aprovados. Caso não apresente nenhum resultado, o número do parecer informado não é válido ou não corresponde a um parecer aprovado.*

## DETALHAMENTO

Título do Projeto de Pesquisa:

Construção e evidências de validade da Escala de Reações Traumáticas a Eventos

Número do CAAE:

55012816.1.0000.5514

Número do Parecer:

1618056

Quem Assinou o Parecer:

Alessandra Gambero

Pesquisador Responsável:

Lucas Dannilo Aragão Guimarães

Data Início do Cronograma:

03/10/2016

Data Fim do Cronograma:

16/11/2016

Contato Público:

Lucas Dannilo Aragão Guimarães

[Voltar](#)