

Programa de Pós-Graduação em Psiquiatria e Ciências do Comportamento
Faculdade de Medicina
Universidade Federal do Rio Grande do Sul
UFRGS

GABRIEL FURIAN DIAS

Orientadora: Dra. Maria Inês Rodrigues Lobato

DISSERTAÇÃO DE MESTRADO

Estudo sobre parafilias e a necessidade de programas de prevenção ao
abuso sexual no Brasil

Porto Alegre

2022

Programa de Pós-Graduação em Psiquiatria e Ciências do Comportamento
Faculdade de Medicina
Universidade Federal do Rio Grande do Sul
UFRGS

GABRIEL FURIAN DIAS

Orientadora: Maria Inês Rodrigues Lobato

Estudo sobre parafilias e a necessidade de programas de prevenção ao
abuso sexual no Brasil

Dissertação apresentada para obtenção de
título de Mestre à Universidade Federal do
Rio Grande do Sul, Faculdade de
Medicina, Programa de Pós-Graduação em
Psiquiatria e Ciências do Comportamento.

Porto Alegre, 2022

CIP - Catalogação na Publicação

Furian, Gabriel
Estudo sobre parafilias e a necessidade de
programas de prevenção ao abuso sexual no Brasil /
Gabriel Furian. -- 2022.
93 f.
Orientadora: Maria Inês Rodrigues Lobato.

Dissertação (Mestrado) -- Universidade Federal do
Rio Grande do Sul, Faculdade de Medicina, Programa de
Pós-Graduação em Psiquiatria e Ciências do
Comportamento, Porto Alegre, BR-RS, 2022.

1. Prevenção ao abuso sexual. 2. Parafilias. 3.
Transtornos parafilicos. I. Lobato, Maria Inês
Rodrigues, orient. II. Título.

Elaborada pelo Sistema de Geração Automática de Ficha Catalográfica da UFRGS com os
dados fornecidos pelo(a) autor(a).

AGRADECIMENTOS

À Professora Maria Inês Rodrigues Lobato, que desde à época da residência em psiquiatria me estimulou a participar de seu grupo de pesquisa. Obrigado pela oportunidade de ser seu aluno de mestrado! Meu profundo respeito pela sua ética de trabalho e coragem para pesquisar assuntos tão desafiadores!

À minha mãe, pelo incentivo para que fizesse pós-graduação e pelo exemplo de dedicação à sua profissão como professora universitária! Ao meu pai, que sempre valorizou e priorizou o ensino!

À Karine Schwartz, pelo apoio e orientações quanto a metodologia científica, pela disponibilidade em me auxiliar em questões burocráticas relacionadas à pesquisa!

Ao Antônio Schmitt, grande amigo e colega das aulas do PPG, pela parceria e por compartilhar tantas reflexões!

Ao Davi Machado, pelo apoio, paciência e pela ajuda nas revisões de inglês!

Ao Lucas Primo, por esclarecimentos de dúvidas em epidemiologia!

À Ítala Chinazzo, pelos momentos de alegria e angústia compartilhados como colega de grupo de pesquisa!

A todos os colegas do PROTIG pela parceria, ajuda e companheirismo neste período. Pelo tempo dedicado em tantas discussões sobre este projeto em nossas reuniões semanais! Fazer parte desta equipe é também um incentivo para fazer pesquisa!

Ao HCPA, pelo compromisso com o saber e pelo incentivo ao ensino e à pesquisa!

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	8
1.1 Transtornos parafílicos: conceitos atuais.....	8
1.2 Perspectivas históricas e atuais dos TP.....	8
1.3 Epidemiologia dos transtornos parafílicos.....	10
1.4 Etiologia e Achados Fisiopatológicos	13
1.5 Avaliação	13
1.6 Transtornos parafílicos na CID 11 e DSM 5.....	14
1.7 Critérios diagnósticos convergentes dos TP pela CID 11 e pelo DSM 5 e outras considerações.....	16
1.8 Tratamento, questões éticas e o sistema prisional	26
1.9 Dados do SINAM sobre violência sexual infantil	27
1.10 Programas de prevenção ao abuso sexual: Alemanha e Índia.....	27
2. JUSTIFICATIVA	30
3. OBJETIVOS	31
3.1 Objetivo geral.....	31
3.2 Objetivos secundários.....	31
4. ARTIGO	32
5. OUTRAS CONSIDERAÇÕES	51
6. CONCLUSÃO	53
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	55
ANEXO A – Parecer consubstanciado do Comitê de Ética em Pesquisa (resumido).....	60
ANEXO B – Comprovante de submissão do artigo em revista científica	61
ANEXO C – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	62
ANEXO D – Questionário para rastreio de transtornos parafílicos baseado no Prevention Project Dunkelfeld.....	64
ANEXO E – ‘Scores’ relativo ao caso estudado	89
ANEXO F – Certificado de Participação no International Workshop of the Prevention Network “Don’t Offend”	93

RESUMO

A violência sexual pode acarretar diversos agravos e danos na saúde mental das vítimas. Os números relativos ao abuso sexual no Brasil são alarmantes. Por outro lado, a literatura sobre transtornos parafílicos, especialmente sobre as características demográficas e a epidemiologia dos seus portadores, é escassa no Brasil. Por esta razão, o presente estudo tem como proposta inicial conhecer o perfil epidemiológico e avaliar a presença do diagnóstico de transtornos parafílicos (TP) em duas etapas.

A primeira, é a descrição de um estudo de caso sobre um paciente internado em uma unidade psiquiátrica no Rio Grande do Sul, em que se verificou o diagnóstico de transtornos parafílicos, mais especificamente pedofilia, o impacto pessoal e social desse transtorno e a necessidade de programas que objetivem tratamento dos portadores de transtornos parafílicos visando a prevenção do abuso sexual no Brasil, inspirados em outros programas existentes no mundo, como na Alemanha e na Índia. A avaliação da presença de fantasias e comportamentos parafílicos foi realizada com o auxílio de um inventário para rastreamento, desenvolvido pelo *Institute for Sexology and Sexual Medicine Charité*. A partir desse caso, será também apresentado a primeira parte da exequibilidade da versão em português brasileiro deste questionário com planos de desenvolver o estudo com mais indivíduos assim que houver condições de retomada da segunda parte do projeto.

A segunda etapa corresponde à futura avaliação do perfil epidemiológico e do diagnóstico de transtornos parafílicos da população privada de liberdade condenada por delitos sexuais em duas penitenciárias da Superintendência de Serviços Penitenciários (SUSEPE), uma na cidade de Porto Alegre e outra em Canoas, utilizando critérios convergentes da CID-11 e DSM-5. O Comitê de Ética Médica em Pesquisa (CEP) aprovou a realização dessa pesquisa em 20/02/2020 e, antes disso, após uma série de reuniões, as penitenciárias envolvidas permitiram a presença de pesquisadores no interior de suas instituições. No entanto, com a declaração da Pandemia de COVID-19 pela Organização Mundial de Saúde menos de um mês após, o projeto foi adiado e está previsto para reiniciar neste ano.

Palavras-chave: Prevenção, abuso sexual, parafilias, transtornos parafílicos, pedofilia, exibicionismo, voyeurismo, frotteurismo, sadismo.

ABSTRACT

Sexual violence victimization is associated with several negative mental health outcomes, and this is an alarming problem in Brazil. On the other hand, the literature on paraphilic disorders in Brazil, especially on demographic characteristics and epidemiology, is scarce. For this reason, this study aims to research the epidemiological profile and evaluate the presence of the diagnosis of paraphilic disorders (PD) in two parts.

The first one is a case report of an individual hospitalized in a psychiatric inpatient unit in Southern Brazil. We discuss the diagnosis of paraphilic disorders (in special attention to pedophilia), the personal and social impact of this condition and the need for programs that aim to treat people with paraphilic disorder focusing on sexual abuse prevention in Brazil, inspired by other programs in the world, such as in Germany and in India. The screening inventory developed by The Institute for Sexology and Sexual Medicine Charité enabled a better assessment of paraphilic fantasies and behaviors. From this case report, we present the feasibility and applicability of the first part of the Brazilian version questionnaire. We will include other individuals to proceed with this study as soon as we have the proper conditions to access the penitentiaries.

The second part corresponds to a future epidemiological profile and diagnostic evaluation of a population convicted of sexual crimes in penitentiaries of the Superintendence of Penitentiary Services (SUSEPE), in the City of Porto Alegre and its metropolitan area, using convergent criteria from the ICD-11 and DSM-5. The Research Ethics Committee had approved this research on 02/20/2020. However, this project had to be postponed after the declaration of the COVID-10 Pandemic by the World Health Organization (WHO) and it is expected to start this year.

Keywords: Paraphilia, paraphilic disorders, pedophilia, exhibitionism, voyeurism, frotteurism, sexual sadism, sexual abuse, sexual abuse prevention

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AS – Agressores sexuais

APA – American Psychiatry Association

CID11 – Classificação Internacional de Doenças 11ª edição

DSM-5 – Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais 5ª edição

HCPA – Hospital de Clínicas de Porto Alegre

OMS – Organização Mundial da Saúde

PPD – Prevention Project Dunkelfeld

PPPVS – Program of Primary Prevention of Sexual Violence

SINAM/MS – Sistema de Notificações de Atendimentos Médicos do Ministério da Saúde

SUSEPE – Superintendência dos Serviços Penitenciários

TP – Transtorno Parafílico

TPE -Transtorno de Exibicionismo

TPV – Transtorno de Voyeurismo

TPF – Transtorno de Frotteurismo

TPSS – Transtorno de sadismo sexual

TPP – Transtorno de Pedofilia

1. INTRODUÇÃO

1.1 Transtornos Parafílicos (TP): conceitos atuais

Parafilia refere-se a fantasias, impulsos ou comportamentos sexuais intensos e recorrentes em resposta a objetos e situações consideradas incomuns, que ocorrem sem o consentimento e/ou infligindo sofrimento e humilhação a outrem. O Código Internacional de Doenças na sua última versão, 11 (OMS-2018) considerou como entidades nosológicas em sua recente revisão os seguintes Transtornos Parafílicos: 1. Exibicionismo, 2. Voyeurismo, 3. Pedofilia, 4. Sadismo Sexual Coercitivo, 5. Frotteurismo, 6. Outros Transtornos Parafílicos, todos envolvendo atitudes não consentidas pelo parceiro/a ou comportamento solitário e privilegiou a privacidade individual. (1) Já o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais, na sua quinta versão (DSM-5-APA-2013) foi mais conservador e manteve mais diagnósticos, porém diferenciou transtorno (parafílico) de orientação/interesse sexual (parafilia). São eles: 1. Transtorno de Fetichismo, 2. Transtorno de Sadismo Sexual 3. Transtorno de Masoquismo Sexual, 4. Transtorno de Voyeurismo, 5. Transtorno de Transvestismo Fetichista, 6. Transtorno de Frotteurismo, 7. Transtorno Exibicionista, 8. Transtorno de Pedofília, 9. Transtorno Parafílico Não Especificado. (2)

1.2 Perspectivas históricas e atuais dos TP

O conceito de sexualidade *normal* e *anormal* e o porquê de a psiquiatria estar envolvida em suas definições vem do século XIX, quando se deu início a abordagem médica dos supostos “desvios sexuais”.(3) Até 1850, na Europa, o pensamento majoritário quanto as variantes comportamentais sexuais é de que seriam “desvios morais” com envolvimento teológico e judicial, sendo condenado o sexo sem objetivo de procriação, especialmente relações homossexuais, masturbação, sexo anal e zoofilia.(3-5) Enquanto isso, uma multiplicidade de comportamentos sexuais (sexo oral, anal, em grupo, sexo com animais) foram retratados e possivelmente celebrados em objetos de cerâmica relativo aos povos da cultura moche, civilização que habitou o atual norte do Peru em 100 a.C a 800 d.C.(6)

Na Europa do século XVIII, os desvios sexuais eram pensados como possíveis doenças localizadas nos genitais e foram propostos tratamentos como sangria peniana, sangria uterina, hidroterapia, etc. (3,5) Em 1886, o psiquiatra alemão Richard von Krafft-Ebing, com a publicação do livro *Psychopathia Sexualis*, selou definitivamente a abordagem médica dos supostos “desvios sexuais” (7). A aplicação do modelo médico implica gerar hipóteses quanto à etiologia, curso e, se possível, propostas terapêuticas. (3) Krafft-Ebbing, assim sendo, definiu os “desvios” como “funcionais dos instintos sexuais”; que teriam início na adolescência e declinavam na quarta década de vida e, apesar da etiologia equivocada (atribuía à prática de masturbação), fez extensa descrição de casos clínicos e diferenciou “perversões” de “personalidades perversas” (7). Da nobreza europeia, surgiram dois conceitos que reforçaram a tese crítica aos “desvios sexuais”. Nomeando o comportamento sexual “sádico”, o primeiro foi o Marques de Sade (1740-1814), considerado um crítico social dos bons costumes de sua época que, em sua obra “120 dias de Sodoma”, descreveu abuso infantil, mutilações, coprofagia e assassinatos praticados contra crianças raptadas, por nobres em castelo da época. (3) Em 1870 Leopold Masoch (1836-1895) em seu romance “A Vênus das Peles” descreveu o prazer de um personagem após ter sido submetido a maus tratos físicos. Kraft-Ebbing nomeou este comportamento sexual como *masoquista* a partir desta obra (3).

Em relação a tratamentos dos “desvios sexuais”, a castração cirúrgica foi historicamente um tipo de abordagem que remonta ao século XIX e em 1892 foi descrita em periódico médico como bem-sucedida, em um paciente de nacionalidade suíça, com os supostos diagnósticos: “imbecilidade, dor testicular neurálgica e hipersexualidade”. (5) Durante o século XX, vários países europeus (Dinamarca, Noruega, Holanda, Alemanha e Suíça) utilizaram este método “terapêutico” para agressores sexuais, quando foi suspenso aproximadamente no século XX, com exceção da Alemanha, que definiu sua aplicação em situações especiais. Alguns estados Americanos reintroduziram essa “modalidade terapêutica” em 1996. (5,8,9)

Considerado menos estigmatizado, no século XX foi introduzido o termo “parafilia” para denominar variantes dos comportamentos sexuais a partir do conceito: o indivíduo que

ama objetos atípicos para excitar-se sexualmente. (3) No entanto, segue controverso o conceito de comportamentos parafílicos ao se considerar os diferentes grupos sociais, as diferentes culturas, estilos de vida e o momento analisado em uma determinada sociedade e época: o que pode ser considerado normal ou desviante? (8, 10, 11)

Bradford & Ahmed definiram o comportamento sexual humano como expressão biológica básica e que esta precisa de um ambiente hormonal interno, que permitirá a sua expressão fisiológica. A sexualidade está relacionada, em geral, a perpetuação da espécie no mundo animal, mas em seres humanos é associada a comportamentos sociais incluindo expressão emocional e recreação. (12)

1.3 Epidemiologia:

1.3.1 Dados Forenses

Não há estimativas confiáveis da prevalência dos TP na população geral pelo difícil acesso dos portadores deste transtorno aos serviços de saúde. A maior parte dos estudos envolve dados epidemiológicos de população encarcerada. Dentre eles, destaca-se estudo realizado entre 1984-2004 no Instituto de Medicina Forense da cidade de Istambul, que analisou 101.208 casos, enviados pelos órgãos judiciais para a verificação específica quanto a presença ou não de comportamentos parafílicos. Os resultados evidenciaram que 97,4% eram do sexo masculino, 39,7% tinham idades entre 19 e 29 anos, sendo que 10% com mais de 60 anos, 59% eram solteiros, 36,5% desempregados, 71,7% não apresentavam distúrbios físicos. Em 22,1% dos casos havia histórico de tratamento psiquiátrico anterior ao incidente. Os diagnósticos mais prevalentes foram: retardo mental, esquizofrenia e vários transtornos de personalidade; entre os diagnósticos de transtorno parafílico: pedofilia (60,3%), exibicionismo (8,1%), pedofilia e exibicionismo (7,5%) e fetichismo (5,9%). Encontraram mais de um tipo de transtorno parafílico em quarenta indivíduos (13%). O Instituto de Psiquiatria Forense considerou que a maioria dos casos (54,7%) tinha responsabilidade criminal, em (25,1%) não tinham e em (20,2%) a responsabilidade foi reduzida. Os autores concluíram que os sujeitos com transtornos parafílicos não procuram ajuda, apesar de

apresentarem sintomas do transtorno e que, em sua maioria, somente são avaliados por psiquiatras quando enfrentam uma investigação criminal. Isso sugere que há mais incidentes parafílicos na sociedade do que os evidenciados. (13)

1.3.2 Dados de estudos na população

Na última década, com o advento dos questionários anônimos on-line, alguns estudos em populações não carcerária foram realizados e os resultados podem ser mais confiáveis quando comparados ao método, mais antigo, via telefone. Joyal et al. Publicou, em 2017, seus achados de um estudo populacional on-line que incluiu mil e quarenta (1.040) pessoas da província de Quebec (Canadá): metade da amostra manifestou interesse em pelo menos uma categoria parafílica e um terço já havia experimentado essa prática em pelo menos uma ocasião. (14) Outro achado foi de que em 15,9% dessa amostra investigada, tanto homens como mulheres, relataram interesse em comportamentos de voyeurismo, fetichismo, frotteurismo e masoquismo. (15) Em estudo populacional sueco anterior, que incluiu 2.450 indivíduos, selecionados randomicamente, entre 18 e 60 anos encontrou: 76 (3,1%) referiram ter se excitado sexualmente em pelo menos uma ocasião por exibicionismo e 191 (7,7%) de que em pelo menos uma ocasião excitou-se por voyeurismo. Comportamentos parafílicos foram positivamente associados ao sexo masculino, a mais problemas psicológicos, menor grau de satisfação com a vida, abuso de álcool e outras substâncias psicoativas, a maior interesse sexual em geral (maior número de parceiros, maior excitabilidade, maior atividade masturbatória e maior frequência de uso de pornografia). (16)

Na Alemanha, a partir de 373 entrevistas anônimas de homens alemães, verificou-se que 4% dos entrevistados declarou contato sexual com uma criança, 9% declarou ter fantasias sexuais sobre crianças e 6% relatou masturbação com fantasias envolvendo crianças. (17)

Um estudo populacional australiano com 19.307 indivíduos, em 2008, a partir de entrevista por telefone, mostrou que 1,8% dos sexualmente ativos (sendo destes, 2,2% homens e 1,3% mulheres) disseram ter se envolvido em atividade sadomasoquista no último ano; que esta prática era mais comum entre pessoas gays e lésbicas; que já teriam utilizado pornografia e/ou praticado sexo grupal. Concluíram que estas práticas não estavam relacionadas a qualquer dificuldade pessoal e que seria um tipo de interesse sexual minoritário sem

representar qualquer sintomatologia patológica. (18)

Uma revisão sobre pedofilia verificou alta prevalência dessa em ambientes comunitários, variando de 1% a 3% em homens e concluiu que a prevalência de transtorno parafílico é sempre menor do que a prevalência de parafilias, porque alguns indivíduos não experimentam sofrimento ou prejuízo como resultado de seu interesse. (19,20) Assim, autores concordam que os transtornos parafílicos são, geralmente, vistos em contextos forenses e prisionais quando já são ilegais, como o acesso a pornografia infantil ou ter contato sexual com uma criança. (20)

Um dos poucos estudos que avaliou o fenômeno parafílico, sua psicopatologia e correlatos com a hipersexualidade em uma amostra não clínica de homens e mulheres verificou que os pensamentos e comportamentos parafílicos não são um desvio da normalidade e são bastante difundidos na população jovem. Neste estudo, feito através de um questionário on-line anônimo em uma amostra de estudantes universitários na Itália, 50,6% dos homens e 41,5% das mulheres relataram pelo menos um comportamento considerado parafílico; homens relataram maior prevalência de voyeurismo, exibicionismo, sadismo e frotteurismo, já, entre as mulheres, a maior prevalência encontrada foi de fetichismo e masoquismo. (21)

1.3.3 Dados Brasileiros

Não há, até o momento, estudo populacional que investigue prevalência de fantasias parafílicas e/ou comportamentos parafílicos no Brasil. Em um estudo não randomizado realizado em 2003, em 18 cidades brasileiras, questionando (diretamente aos entrevistados) práticas sexuais não usuais (sexo grupal, “ménage a trois”, “swinging”, incesto, práticas sexuais com animais, fetiches, uso de palavrões e agressão durante a atividade sexual, ser pago e excitação sexual a partir de exibicionismo e voyeurismo), evidenciou que mais homens (52,3%) que mulheres (30,4%) apresentaram comportamento sexual não convencional e que comportamento fetichista (13,4%) e voyeurista (13,0%) foram os mais frequentes. Comportamento sexual não convencional foi associado com: gênero masculino; estado civil

solteiro e separado; nível educacional médio e fundamental; histórico de tratamento para transtorno do estresse pós-traumático; dependência por álcool; contracepção de emergência; dificuldade no início da vida sexual; violência sexual sofrida; bissexualidade; e prática de sexo anal e oral. (22)

1.4. Etiologia e Achados Fisiopatológicos dos TP

O entendimento etiológico dos TP permanece inconclusivo com autores que atribuem à fisiopatologia dos comportamentos parafílicos ao espectro dos transtornos de impulso, outros ao espectro dos transtornos obsessivos-compulsivos ou mesmo à hipersexualidade ou transtorno hipersexual. (9,23,24)

Em relação aos achados fisiopatológicos, receptores de testosterona foram encontrados em diferentes áreas do cérebro humano: hipocampo (motivacional), amígdala (emocional), córtex temporal inferior, córtex orbitofrontal (cognitivo), corpos mamilares. Segundo Moulier et al. estas estruturas estão envolvidas tanto na excitação sexual como nos comportamentos sexuais e alterações nestes locais podem estar relacionadas a interesses ou objetos não normativos. (25) No caso da pedofilia, a sua relação com níveis alterados de testosterona é controversa (26). Giotakos e colaboradores em estudo controlado encontraram níveis mais altos de testosterona plasmática em agressores sexuais de adultos. (27) Studer et al. Documentou uma associação entre maiores taxas de recidiva a níveis mais altos (14,5% contra 2,5% esperadas na população em geral). (28) Também, tanto a dopamina como a serotonina (inibição) estão associadas ao comportamento sexual e receptores de dopamina (excitação) podem ser encontrados em estruturas cerebrais mesolímbicas, hipotalâmicas e nigroestriatais. (29)

1.5. Avaliação

O processo diagnóstico das parafilias envolve inúmeras dificuldades, sobretudo considerando o evidente rechaço associado a estes comportamentos sexuais na sociedade e a resistência do portador em relatar o fenômeno. (30) Esse fato é particularmente verdadeiro no Brasil, já que confessar o comportamento parafílico é incriminar-se com todas as consequências

envolvidas. (31) A avaliação e o diagnóstico necessitam uma integração de múltiplas fontes de informação clínica, dados os limites e controvérsias do autorrelato (por meio de entrevista clínica ou questionários). Além dos dados subjetivos, algumas medidas objetivas, ainda que controversas por conta do uso de imagens, como a falometria em resposta a estímulo e/ou estudos de neuroimagem podem ajudar no processo diagnóstico e de seguimento. Respostas a bloqueio hormonal pode ser outra medida objetiva que auxilie no diagnóstico. (19)

1.6. TP na CID 11 e DSM 5

1.6.1. CID 11:

A OMS foi fundada em 1948 e assumiu a responsabilidade de revisar e manter os CIDs, denominado *Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde* e é usado mundialmente para estatísticas de morbidade, mortalidade, sistemas de financiamento e decisórios para suporte médico. As versões anteriores à sexta (1948) continham, exclusivamente, listagem das *causas de morte* no mundo, sendo sua primeira versão editada em 1893 pelo Instituto Internacional de Estatística. (32) A partir da sexta edição foi incluído um capítulo de Transtornos mentais, psiconeuróticos e de personalidade e continha a categoria de desvios sexuais onde estavam incluídos: homossexualismo, fetichismo, pedofilia, transvestismo, exibicionismo e outros desvios sexuais (masoquismo, narcisismos, sadismo, voyeurismo, necrofilia). (33) Na nona versão, (CID 9), foi incluído um capítulo específico para desvios sexuais onde constaram: homossexualismo, bestialidade, pedofilia, transvestismo, exibicionismo, transexualismo, transtornos da identidade sexual, frigidez, impotência e outros. (34)

Em 1992, em sua décima versão (CID 10) os transtornos de sexualidade foram agrupados na codificação **F: 65**, capítulo dos transtornos mentais e de comportamento e estavam incluídas as seguintes categorias diagnósticas: fetichismo, fetichismo transvéstico, exibicionismo, voyeurismo, pedofilia, sadomasoquismo, múltiplas desordens de preferência sexual e outras. (35)

Gayford revisou critérios CID-10 -Transtornos da Preferência Sexual e DSM –

Parafilias e concluiu que considerar todas as parafilias patológicas é impróprio e que prazeres sem dano, perigo ou abuso deveriam ser questionados quanto a sua catalogação. (36)

A CID 11, lançada em 2018, baseou a discussão diagnóstica pela perspectiva que busca diferenciar entre condições clínicas que necessitam ou não de serviços médicos. Não considerou, portanto, descrições de comportamentos privados sem qualquer impacto social. Por considerar possível que existam situações clínicas com necessidade de aconselhamento médico sem caracterizar-se como uma doença, incluiu o capítulo: Aconselhamento Relacionado à Sexualidade. (1)

As diretrizes diagnósticas utilizadas atualmente pela CID 11 se referem a presença de padrões intensos e atípicos de excitação sexual envolvendo pensamentos, fantasias, necessidades e comportamentos que envolvam outros, aos quais a idade ou status impedem o consentimento na sua participação. Também estão incluídos comportamentos solitários ou consentidos, mas que geram intenso estresse por risco de dano físico, psicológico ou pelo potencial letal. Cabe ressaltar que esta edição privilegiou a privacidade individual e excluiu comportamentos de excitação sexual atípicos, mas que não envolviam riscos. Seis categorias foram definidas na versão 11: Transtorno Exibicionista, Transtorno Voyeurista, Transtorno Frotterista, Transtorno Pedofílico, Transtorno do Sadismo Sexual Coercitivo e Outros. (1)

- CID 11 (OMS-2018)

“Os TP correspondem a padrões de excitação sexual atípicos, persistentes e intensos, manifestos por pensamentos, fantasias, impulsos ou comportamentos sexuais em indivíduos, que sem consentimento alheio, exercem condutas solitárias, como no exibicionismo e voyeurismo, ou em indivíduos que coagem mediante assédio moral e/ou ameaça de lesão corporal ou morte, como no T. Pedofílico e T. de Sadismo Sexual Coercitivo. O CID 11 – (OMS 2018) inclui os seguintes transtornos: T. Exibicionismo, T. Voyeurismo, Transtorno Pedofílico, Transtorno do Sadismo Sexual Coercitivo, Transtorno Frotteurista, Outros Transtornos Parafilicos”. (1)

1.6.2. DSM-5

Em todas as edições dos manuais da APA, havia a inclusão do diagnóstico das parafilias,

mas somente em 1980, na edição DSM-III foi criado um capítulo próprio sobre o tema. (3)

Atualmente, o conceito de Parafilia considerado pela APA e que baseou a classificação dos comportamentos Parafílicos foi: “qualquer interesse sexual persistente outro que não o estímulo genital ou preparatório para ato sexual, como apalpação com um indivíduo fenotípica e fisiologicamente adulto e que este ato seja consentido”. (2) Essa conceituação abrangente “qualquer interesse sexual persistente e intenso..” levou a uma série de contestações por estudiosos da área por considerarem esta definição bastante generalizadora. (16, 17, 23, 38) Joyal, avaliou as respostas aplicadas on-line utilizando questionário *Wilson Sex Fantasy* em 1501 indivíduos e constatou que 57% da população poderia preencher critérios de *Parafilia*, questionando a excessiva “patologização” da conceituação do DSM. (17) Por outro lado, ainda que controversa, a quinta edição do DSM diferenciou parafilias (fantasias/interesses parafílicos) dos transtornos parafílicos (comportamentos consumados e/ou presença de disfunção social no funcionamento individual diário e/ou causar danos a outro além do critério temporal de pelo menos 6 meses) e, nesta perspectiva, incluiu nove condições diagnósticas (2) (enquanto a CID-11 considerou 6 condições).

1.7. Critérios Diagnósticos Convergentes dos Transtornos parafílicos pela CID 11 e pelo DSM-5 e outras considerações

1.7.1. Transtorno Exibicionista (TPE)

Transtorno de Exibicionismo (DSM 5 - 302.4)

A. Por um período de pelo menos seis meses, excitação sexual recorrente e intensa decorrente da exposição dos próprios genitais a uma pessoa que não espera o fato, conforme manifestado por fantasias, impulsos ou comportamentos.

B. O indivíduo colocou em prática esses impulsos sexuais com uma pessoa que não consentiu, ou os impulsos ou as fantasias sexuais causam sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo no funcionamento social, profissional ou em outras áreas importantes da vida do indivíduo.

Determinar o subtipo:

Excitado sexualmente pela exposição dos genitais a crianças pré-púberes

Excitado sexualmente pela exposição dos genitais a indivíduos fisicamente maduros
Excitado sexualmente pela exposição dos genitais a crianças pré-púberes e a indivíduos fisicamente maduros

Especificar se:

Em ambiente protegido: Esse especificador é aplicável principalmente a indivíduos institucionalizados ou moradores de outros locais onde as oportunidades de exposição da própria genitália são limitadas.

Em remissão completa: O indivíduo não colocou em prática os impulsos com pessoa que não consentiu, e não houve sofrimento ou prejuízo no funcionamento social.

Segundo a CID-11-2018 o TPE (F65.2) é caracterizado por um padrão sustentado, focalizado e intenso de excitação sexual - que se manifesta por pensamentos, fantasias, impulsos ou comportamentos sexuais persistentes - que envolve expor os órgãos genitais a um indivíduo desavisado em lugares públicos, geralmente sem convidar ou intencionalmente contato mais próximo. Para o diagnóstico do Transtorno Exibicionista, o indivíduo deve ter agido com base nesses pensamentos, fantasias ou impulsos ou ser acentuadamente angustiado por eles. O TPE exclui especificamente comportamentos exibicionistas consensuais que ocorrem com o consentimento da pessoa ou das pessoas envolvidas, bem como formas socialmente sancionadas de exibicionismo (1).

Långström realizou uma revisão de literatura com os termos exibicionismo, voyeurismo e frotteurismo, verificou que seguido do comportamento voyeurista, os atos exibicionistas estão entre os comportamentos sexuais mais comuns de serem potencialmente infratores em amostras da população geral. (37) A prevalência é desconhecida, mas considerando atos sexuais exibicionistas da população em geral e em amostras não clínicas, estima-se em 2 a 4% em homens e que no sexo feminino, ainda que incerta, acredita-se que seja muito inferior. (38)

1.7.2. Transtorno Voyeurista (TPV)

Transtorno de Voyeurismo (DSM-5 302.82)

A. Por um período de pelo menos seis meses, excitação sexual recorrente e intensa ao observar uma pessoa que ignora estar sendo observada e que está nua, despindo-se ou em meio a atividade sexual, conforme manifestado por fantasias, impulsos ou comportamentos.

B. O indivíduo colocou em prática esses impulsos sexuais com uma pessoa que não consentiu, ou os impulsos ou as fantasias sexuais causam sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo no funcionamento social, profissional ou em outras áreas importantes da vida do indivíduo.

C. O indivíduo que se excita e/ou coloca em prática os impulsos tem, no mínimo, 18 anos de idade.

Especificar se:

Em ambiente protegido: Esse especificador é aplicável principalmente a indivíduos institucionalizados ou moradores de outros locais onde as oportunidades de envolvimento em comportamento voyeurístico são limitadas. (2)

Em remissão completa: O indivíduo não colocou em prática os impulsos com pessoa que não consentiu, e não houve sofrimento ou prejuízo no funcionamento social, profissional ou em outras áreas da vida do indivíduo por pelo menos cinco anos enquanto em um ambiente não protegido. (2)

No CID 11-2018 o TPV (F65.3) é caracterizado por um padrão sustentado, focalizado e intenso de excitação sexual - manifestado por pensamentos sexuais persistentes, fantasias, impulsos ou comportamentos - que envolve observar um indivíduo desavisado que está nu, em processo de despir-se ou se envolver em sexual atividade. Além disso, para o seu diagnóstico, o indivíduo deve ter agido com base nesses pensamentos, fantasias ou impulsos, ou ser acentuadamente angustiado por eles (1).

A prevalência do transtorno na população é desconhecida, no entanto, com base em atos sexuais de voyeurismo em amostras não clínicas, a prevalência mais alta possível durante a vida para o transtorno é de aproximadamente 12% no sexo masculino e 4% no feminino.(2) Dawson et al, encontrou comportamento voyeurista em 52% entre homens jovens universitários no Canadá. (39)

1.7.3. Transtorno Frotteurista (TPF)

Transtorno de Frotteurismo (DSM 5 302.89)

A. Por um período de pelo menos seis meses, o indivíduo obteve excitação sexual recorrente e intensa resultante de tocar ou esfregar-se em pessoa que não consentiu, conforme manifestado por fantasias, impulsos ou comportamentos.

B. O indivíduo colocou em prática esses impulsos sexuais com pessoa que não consentiu, ou os impulsos ou as fantasias sexuais causam sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo no funcionamento social, profissional ou em outras áreas importantes da vida do indivíduo.

Especificar se:

Em ambiente protegido: Esse especificador é aplicável principalmente a indivíduos institucionalizados ou moradores de outros locais onde as oportunidades de tocar outra pessoa ou esfregar-se nela são limitadas.

Em remissão completa: O indivíduo colocou em prática seus impulsos com pessoa que não consentiu, e não houve sofrimento ou prejuízo no funcionamento social, profissional ou em outras áreas da vida do indivíduo durante pelo menos cinco anos enquanto em um ambiente não protegido.

Vale destacar que indivíduos que negam sofrimento (demonstrada por ausência de ansiedade, obsessão, culpa ou vergonha) acerca desses impulsos parafílicos e não apresentam prejuízo em outras áreas importantes do funcionamento devido a seu interesse sexual, e se suas histórias psiquiátricas ou legais indicam que não colocam em prática esse interesse, podem ser caracterizados como tendo “interesse sexual frotteurista”. (2)

Segundo o CID 11-2018, o TPF (F65.81) é caracterizado por um padrão sustentado, focalizado e intenso de excitação sexual - manifestado por pensamentos sexuais persistentes, fantasias, impulsos ou comportamentos - que envolvem tocar ou esfregar-se contra uma pessoa sem consentimento em lugares públicos lotados. Além disso, para o diagnóstico deste transtorno, o indivíduo deve ter agido com base nesses pensamentos, fantasias ou impulsos ou ser acentuadamente angustiado por eles. (1)

Um estudo analisou o auto relato de 459 estudantes de graduação de Nova Iorque para investigar a frequência e correlatos de frotteurismo e exibicionismo. Os resultados indicaram uma alta taxa de vítimas entre estudantes do sexo feminino para ambas as parafilias. Os lugares onde mais ocorreram comportamentos relacionados ao frotteurismo foram relacionados aos meios de transporte (por exemplo, trens de metrô ou plataformas). Além disso, as vítimas relataram uma série de resultados negativos como sentimentos de violação, mudanças no comportamento, aflição e até mesmo sequelas psicológicas a longo prazo. As vítimas geralmente eram mulheres mais velhas. (40)

1.7.4. Transtorno de Sadismo Sexual (TPSS)

Transtorno do Sadismo Sexual (DSM-5 - 302.84)

A. Por um período de pelo menos seis meses, excitação sexual recorrente e intensa resultante de sofrimento físico ou psicológico de outra pessoa, conforme manifestado por fantasias, impulsos ou comportamentos.

B. O indivíduo coloca em prática esses impulsos com pessoa que não consentiu, ou os impulsos ou as fantasias sexuais causam sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo no funcionamento social, profissional ou em outras áreas importantes da vida do indivíduo.

Especificar se:

Em ambiente protegido: Esse especificador é aplicável principalmente a indivíduos institucionalizados ou moradores de outros locais onde as oportunidades de envolvimento em comportamentos sexuais sádicos são limitadas.

Em remissão completa: O indivíduo não colocou em prática os impulsos com pessoa que não consentiu, e não houve sofrimento ou prejuízo no funcionamento social, profissional ou em outras áreas da vida do indivíduo por pelo menos cinco anos.

A CID 11- 2018 denomina como Transtorno do Sadismo Sexual Coercitivo ((F65.52) e é caracterizado por um padrão sustentado, focado e intenso de excitação sexual - como

manifestado por pensamentos sexuais persistentes, fantasias, desejos ou comportamentos - que envolve a imposição de sofrimento físico ou psicológico em uma pessoa não consentida. Além disso, para que o Transtorno do Sadismo Sexual Coercitivo possa ser diagnosticado, o indivíduo deve ter agido com base nesses pensamentos, fantasias ou impulsos, ou ser marcadamente angustiado por eles. O Transtorno Sexual Coercitivo do Sadismo exclui especificamente o sadismo sexual e o masoquismo consensual. (1)

Características Associadas que Apoiam o Diagnóstico:

O uso intenso de pornografia envolvendo o ato de infligir dor e sofrimento é, por vezes, uma característica associada Características Associadas que Apoiam o Diagnóstico. (2)

Prevalência:

A prevalência do transtorno do sadismo sexual na população é desconhecida e amplamente baseada em indivíduos em contextos forenses. (2) Indivíduos com sadismo sexual dessas amostras são quase, exclusivamente, do sexo masculino, embora uma amostra representativa da população australiana tenha informado que 2,2% dos homens e 1,3% das mulheres disseram ter-se envolvido em atividades sadomasoquistas no ano anterior. (17)

Agressores sexuais (AS) compreendem um grupo heterogêneo, com diferentes subtipos. Sigré-Leroy, em 2015, avaliou 164 homens condenados: 50 estupradores, 63 molestadores de crianças (20 pedófilos e 43 não pedófilos) e 51 não agressores sexuais.(41,42)

Comparativamente os pedófilos apresentaram mais ansiedade nas relações com adultos comparados aos agressores não sexuais; o grupo de estupradores e de crimes não sexuais eram mais agressivos que os não pedófilos. (41,42) No geral, todos AS possuem funções sociais básicas alteradas (como a assertividade e autoconfiança) indispensáveis para desenvolver relações interpessoais adequadas com outras pessoas.(43) Além disso, a maioria dos AS possui relações familiares disfuncionais, problemas interpessoais e histórico de abusos de diferentes tipos (emocional, físico, sexual e negligência). (44) Estupradores lembravam que seus pais eram menos afetivos quando comparados com agressores não sexuais e com molestadores. (42)

Dependendo dos critérios para sadismo sexual, a prevalência varia muito, desde 2 até 30%. Entre condenados por atos sexuais nos Estados Unidos, menos de 10% apresentam

sadismo sexual. Entre indivíduos que cometeram homicídios por motivação sexual, as taxas de transtorno do sadismo sexual variam de 37 a 75%. (2)

Lee e outros pesquisaram fatores de risco para agressão sexual em uma população americana e sua relação à diferentes etnias e encontrou que brancos não hispânicos tinham comportamento mais parafilico comparativamente aos negros, que tinham comportamento mais antissocial, sugerindo adequações das abordagens terapêuticas, quanto às suas especificidades. (45)

Estudos de recidiva e agressão sexual demonstraram que, quando há maior polimorfismo etário das vítimas, maior é a taxa de recidiva. Já quanto ao gênero e relacionamento interpessoal, não existem evidências de maiores taxas de recidiva. Considerando o polimorfismo quanto ao gênero, há maior estabilidade entre agressores sexuais, exceto na pedofilia, que o interesse é focado no fator idade (podendo ser meninos ou meninas). Já quanto a relações interpessoais, há também estabilidade; se é intrafamiliar, geralmente a agressão é contra crianças do sexo feminino e adolescentes; já quando a primeira agressão é com estranho, a tendência é seguir este padrão. (26,45-47)

1.7.5. Transtorno Pedofílico (TPD)

Transtorno Pedofílico (DSM-5 302.2)

A. Por um período de pelo menos seis meses, fantasias sexualmente excitantes, impulsos sexuais ou comportamentos intensos e recorrentes envolvendo atividade sexual com criança ou crianças pré-púberes (em geral, 13 anos ou menos).

B. O indivíduo coloca em prática esses impulsos sexuais, ou os impulsos ou as fantasias sexuais causam sofrimento intenso ou dificuldades interpessoais.

C. O indivíduo tem, no mínimo, 16 anos de idade e é pelo menos cinco anos mais velho que a criança ou as crianças do Critério A e as preferências sexuais por crianças lhes estão causando dificuldades psicossociais, podem ser diagnosticadas com transtorno pedofílico.

No entanto, se relatam ausência de sentimentos de culpa, vergonha ou ansiedade em relação a esses impulsos, não apresentam limitação funcional por seus impulsos parafílicos

(conforme autorrelato, avaliação objetiva ou ambos), e seu autorrelato e sua história legal registrada indicam que jamais colocaram em prática esses impulsos, essas pessoas, então, apresentam interesse sexual pedofílico, mas não transtorno pedofílico. (2)

A CID-11 conceitua transtorno pedofílico (F65.4) como um padrão sustentado, focalizado e intenso de excitação sexual - manifestado por pensamentos sexuais persistentes, fantasias, impulsos ou comportamentos - que envolvem crianças pré-púberes. Além disso, para o seu diagnóstico, o indivíduo deve ter agido com base nesses pensamentos, fantasias ou impulsos, ou ser acentuadamente angustiado por eles. Este diagnóstico não se aplica para comportamento sexual entre crianças pré ou pós-púberes em idades semelhantes. (1)

Agressores sexuais de menores

Agressores sexuais de crianças podem incluir diversas condições além da pedofilia. De fato, estima-se que cerca de metade dos abusos sexuais de crianças são cometidos por pessoas com orientação pedófila e nem todos os pedófilos cometem abuso sexual infantil. (48) Na primeira investigação clínica em grande escala para diferenciar pedófilos e não pedófilos com e sem histórico de agressões sexuais em crianças, foi evidenciada uma gama de disfunções sexuais em ambos os grupos. Independentemente do status de ofensor, pedófilos apresentavam maiores frequências de parafilias adicionais e desejo sexual mais elevado do que os controles e agressores sexuais infantis não-pedófilos. Além disso, algumas variáveis diferiram entre infratores e não infratores (independentemente de ser pedófilo ou não), como o nível educacional, pontuação média no teste de QI e subcores de inteligência verbal. (48)

Em um estudo utilizando *Teste de Associação Implícita* foi evidenciada uma forte associação entre abusadores de crianças e preferência sexual de submissão quando comparados ao grupo de estupradores. (49) Além disso, o uso intenso de pornografia mostrando crianças pré-púberes é considerado um apoiador no diagnóstico. (50)

Um estudo longitudinal no Canadá com indivíduos infratores devido ao consumo de pornografia infantil evidenciou que aqueles com características antissociais, congruência emocional e identificação com crianças, devem ser considerados em maior necessidade de

manejo do risco de abuso sexual (51) Apesar de referirem abuso na infância, a relação causal com pedofilia na idade adulta é incerta, já que a maioria das crianças abusadas é do sexo feminino e, neste gênero, comportamento pedofílico é pouco conhecido (51).

Achados neurobiológicos na pedofilia

Há evidências de que a etiologia da orientação pedofílica pode estar associada a questões neurodesenvolvimentais precoces. (52) Achados neuropsicológicos sugerem diferenças funcionais cerebrais no grupo de pedófilos quando comparados a não pedófilos: escores inferiores de memória visuoespacial e verbal, taxas superiores de não-destros e maior taxas de trauma cranioencefálico na infância com perda de consciência.(53) Duas grandes teorias neuroanatômicas podem estar relacionadas à fisiopatologia da pedofilia: teoria fronto-desexecutiva (associa o comportamento sexual a uma disfunção da córtex frontal e com desinibição comportamental) e têmporo-límbica (associa o comportamento sexual a estruturas profundas temporais e partiu da observação de comportamentos sexuais impróprios que ocorrem na epilepsia de lobo temporal e a hipersexualidade da síndrome de Kluwer-Bucy). Uma teoria dual (fronto-temporal) tem sido sugerida mais recentemente.(53-55)

Dyshniku aplicou a Escala Waldrop com objetivo de verificar a prevalência de alterações neurodesenvolvimentais através da observação de Anomalias Físicas Menores (AFM) em agressores sexuais e em outros abusos sexuais ilegais ou clinicamente significativos e encontrou predomínio de AFM (especialmente as craniofaciais) relacionadas a pedofilia, ao maior número de vítimas e a pornografia infantil. (54) Também há evidência de que a estatura média em pedófilos é menor em comparação a não pedófilos, reforçando evidências biológicas para pedofilia. (56)

Cantor estudou a estrutura cerebral de grupo de indivíduos com interesse e ou atuação pedófila comparado ao grupo sem este histórico e encontrou redução de volumes de substância branca nos lobos temporais e parietais bilateralmente de pedófilos. (53) Em 2015, o mesmo autor encontrou alterações na microestrutura da substância branca utilizando DTI (Difusion Tensor Image) em 24 indivíduos agressores pedófilos e 32 controles normais reforçando a tese neurodesenvolvimental nas parafilias.(54) Ristow, a partir da hipótese de disfunção inibitória

do córtex frontal, pesquisou, através de espectroscopia, déficit de ácido gama aminobutírico (GABA) em córtex cingulado anterior, região envolvida em controle comportamental pela atenção e percepção de estímulos salientes, e encontrou uma redução do neurotransmissor GABA em indivíduos pedófilos comparados a controles, reforçando aspectos neurobiológicos da pedofilia. (57) Também existem achados consistentes em ressonância magnética retratando redução da substância cinzenta em locais específicos do cérebro, como cerebelo e lobo frontal bilateral (58) e redução no volume da substância cinzenta dorsomedial prefrontal ou cortex cingulado anterior (achados que sugerem maior risco de recidivas em abuso sexual). (59)

Prevalência

A prevalência na população do transtorno pedofílico é desconhecida, sendo a prevalência mais alta possível para o transtorno entre os indivíduos do sexo masculino de 3 a 5%. Nos do sexo feminino, a prevalência é incerta, embora possivelmente seja uma fração pequena daquela observada no sexo masculino. (2) Estudo realizado na Finlândia com 1310 homens gêmeos adultos (entre 33 a 43 anos) encontrou uma estimativa de 0,2% dos investigados com interesse sexual em crianças de menos de 12 anos e 3,3% em menores de 15 anos. Também revelou que o interesse sexual em crianças era maior no grupo mais jovem e que esse relatou maior desejo sexual e maior número de experiências de abuso tanto sexual quanto não sexual. (60)

Desenvolvimento, curso e tratamento

Seto conceituou pedofilia como uma orientação sexual associada a idade, instalação precoce (em geral na puberdade) e estável no tempo e correlacionada com comportamento romântico.(61) Dois estudos prospectivos do Projeto Dunkelfeld, na Alemanha, realizados entre 2005-2013, com 494 indivíduos sem envolvimento criminal, forneceram informações confiáveis utilizando autorrespostas de questionamentos sobre excitação sexual envolvendo crianças. Após 29 meses, a pesquisa obteve o retorno de 121 participantes que afirmaram a instalação precoce de excitação sexual pedo/hebefílica, que se manteve ao longo da vida , sugerindo que a pedofilia pode ser uma espécie de preferência sexual em homens. (62,63)

Em relação ao tratamento, Grønnerød e outros, em um estudo de meta-análise sobre o tratamento psicológico para AS de crianças que acompanhou 1.421 adultos infratores em

psicoterapia e 1.509 controles não tratados, em um período mínimo de 3 anos, concluíram que poucos estudos atendem aos padrões científicos e que não havia dados confiáveis para definirem o melhor tratamento. (64)

1.8 Tratamento, questões éticas e o sistema prisional

Não há consenso até o momento sobre abordagens terapêuticas dos TP. (8) Turner et al., através de uma revisão sistemática sobre as políticas legais em 26 países quanto a abordagens farmacológicas dos transtornos parafílicos, concluiu que não há uniformidade e muitas vezes nem previsão jurisdicional para a aplicação de tratamento farmacológico combinado a psicoterapia, apesar dessa associação vir sendo apoiada sob ponto de vista clínico e ético, pela redução de recidivas. (65)

No Brasil, em se tratando de agressores sexuais condenados, a legislação não prevê a possibilidade de o indivíduo ter o direito de se submeter a um tratamento farmacológico e/ou psicoterápico que vise a uma eventual redução das medidas de segurança nos casos de condenação. Vários projetos de lei têm surgido no Senado e na Câmara Federal com intuito de poder propiciar outras abordagens que objetivem prevenção do abuso, e não apenas o encarceramento, como já existentes em outros países. (66) Apesar de frequentemente citada na mídia, as abordagens sobre pedofilia/abuso sexual/agressão sexual, são pouco claras ao considerar frequentemente abuso sexual contra crianças como sinônimo de Pedofilia. O crime de abuso sexual contra menores pode englobar diversos diagnósticos que não apenas a pedofilia. Essa diferenciação é fundamental para que se possa traçar uma estratégia de abordagem racional do tema com o fim de prevenir efetivamente sua prática. (66)

Houtepen, em estudo aberto com quinze indivíduos, concluiu que muitos pedófilos descobrem e cometem os delitos já na adolescência e sugere que a prevenção de delitos sexuais por pedófilos deve partir do reconhecimento e intervenção precoce desta condição e que, dessa forma, o risco das ofensas poderá ser diminuído. (67) Blagden reforça a ideia de estabelecer uma aliança terapêutica entre profissional e paciente que vise o reconhecimento dos desejos pedófilos por parte do paciente e com isto poder reforçar o autocontrole sexual, fatores desencadeantes e manejo de pensamentos sexuais. (68)

Assim, a investigação das causas, perfil, fatores de risco e tratamento das parafilias é essencial para o desenvolvimento de programas de tratamento e prevenção adequados para a redução da incidência e reincidência do abuso sexual. (69)

1.9 Dados do SINAM sobre violência sexual na infância no Brasil

Apesar de poucos estudos epidemiológicos consistentes quanto aos comportamentos parafilicos no Brasil, o abuso sexual representa um problema alarmante na sociedade segundo dados do SINAM/MS: somente em 2017, houve cerca de 31500 atendimentos relacionados com violência sexual, sendo que 9344 corresponderam a vítimas entre 0 e 9 anos de idade, e 14112, a vítimas adolescentes. Houve uma tendência de aumento do número absoluto de notificações anuais entre 2011 a 2017, mas a proporção de crianças (entre 0 e 9 anos) se manteve estável, oscilando entre 30 a 33% de todas as notificações e, considerando o total crianças e adolescentes, a proporção chega de 75 a 78% de todos casos de violência sexual notificados. Das notificações de crianças abusadas no Brasil de 2011 a 2017, 75% delas correspondem ao sexo feminino, 45% foram crianças negras contra 39% de crianças brancas. Chama atenção que o número de notificações de 2011 a 2017 na região Sul (12597) foi bastante superior ao da região Nordeste (7270), ainda que o Nordeste possui quase o dobro da população do Sul do Brasil. Um terço das crianças foi abusado mais de uma vez e o local do abuso mais notificado foi a residência onde morava a criança (69,2% das notificações), seguido da escola (4,6%). Em 81,6% das notificações, o agressor é do sexo masculino e 11,4% o gênero do autor da agressão sexual é ignorado. Em relação ao vínculo da criança com o autor do delito, familiares (37%) e amigos/conhecidos da vítima (27%) somam quase dois terços das notificações. (70)

1.10 Programas de prevenção ao abuso sexual: Alemanha e Índia

Tendo em vista o número de casos notificados no SINAM em relação á violência sexual contra menores, pensar em estratégias de prevenção ao abuso sexual na infância é fundamental. Neste sentido, um programa existente na Alemanha é pioneiro. Conhecido

como “Prevention Project Dunkelfeld” (PPD), este oferece tratamento a indivíduos que tenham fantasias sexuais direcionadas a crianças pré-púberes e púberes (mas que não estejam envolvidos em processos judiciais por agressão sexual), com o objetivo de impedir a perpetração de abusos sexuais de menores. Atualmente com amplo amparo do governo federal alemão e com crescente respaldo em nível europeu, o PPD iniciou em 2005 com robusta publicidade na mídia para claramente informar à comunidade o ponto de vista da Instituição vinculada ao tratamento: contra qualquer contato entre adultos e crianças/adolescentes, e contra a proteção de agressores. Assim sendo, foi divulgado que a terapia preventiva para potenciais agressores é proteção proativa da criança e não “assistência ao perpetrador”. Os potenciais participantes foram alcançados através de uma sólida campanha publicitária para encorajá-los a entrar em contato com o grupo: “*do you like children in ways you shouldn't?*”(livre tradução: você gosta de crianças de uma forma que não deveria?). Baseando-se no conceito de que os pedófilos não são culpados pela sua preferência sexual, mas sim pelas consequências de seu comportamento, é preciso autocontrole permanente por toda a vida. Para este propósito, o programa integra terapia cognitivo-comportamental, sexologia (ex.: inclusão da esposa/o – adulta – se for o caso) e medicamentos: é oferecido a todo o participante inibidores seletivos de recaptção de serotonina (ISRS) e/ou antiandrógenos. Tratamento individual e em grupo são ofertados conforme o caso. (71)

Nas primeiras etapas do programa, o participante não precisa se identificar, mas é importante frisar que a legislação na Alemanha exige sigilo absoluto por parte do terapeuta sobre qualquer relato de abuso sexual contra menores revelado pelo paciente. Além disso, no que se refere à quebra de sigilo pelos profissionais de saúde envolvendo crimes planejados, a legislação alemã exclui qualquer abuso sexual contra crianças (a não ser quando associado com assassinato ou quando a potencial vítima de um abuso iminente é claramente identificável). Os selecionados para participar do tratamento são informados sobre as regulamentações. O projeto teve total aprovação do Comitê de Ética do Hospital Universitário Charité e é conduzido de acordo com os regulamentos da Lei Federal de Proteção de Dados e Leis de Privacidade Alemã. (71)

O mesmo grupo de pesquisa do PPD, vinculado com o Institute for Sexology and

Sexual Medicine of the Charité, desenvolveu um website e aplicativo para celular com um questionário on-line que investiga a presença de fantasias e comportamentos parafílicos, com mais ênfase em pedofilia e também consumo e produção de material relacionado com a pornografia infantil. Ao concluir esse questionário, disponível em diversos idiomas, o website fornece um feedback ao usuário e, se for o caso, direciona para uma ferramenta de autogerenciamento baseado em abordagem cognitivo-comportamental para aqueles que tenham atração sexual a púberes e pré-púberes para reforçar a empatia pelas crianças e controle de impulsos. (72) Uma versão adaptada ao português-brasileiro estará disponível em breve no website troubled-desire.com.

Na Índia, inspirado no programa alemão PPD, o “Program of Primary Prevention of Sexual Violence” (PPPSV) foi lançado em 2017. A Índia é conhecida por apresentar os maiores índices no mundo, em números absolutos, de crianças abusadas sexualmente. Estima-se que mais da metade das crianças indianas foram vítimas de uma ou mais formas de abuso sexual antes dos 18 anos de idade. Como parte do tratamento, uma ferramenta *on-line* é disponibilizada para avaliação e autogerenciamento de pessoas que se sentem atraídas por crianças. O indivíduo também pode escolher ter tratamento confidencial em uma Instituição (*King Edward Memorial Hospital Research Centre*). No entanto, esta opção de tratamento é apenas reservada para aqueles que não apresentam histórico de abuso sexual contra crianças. Diferentemente da Alemanha, é mandatório, pela legislação indiana, que o profissional de saúde denuncie às autoridades competentes qualquer relato de abuso sexual revelado pelo paciente. (73)

2. JUSTIFICATIVA

Os dados sobre abuso sexual no Brasil, como exposto anteriormente, são alarmantes e é de conhecimento geral que indivíduos que sofrem abuso sexual apresentam maior risco de desenvolverem desfechos negativos em saúde mental geradores de prejuízo funcional, sofrimento psíquico e danos irreparáveis na estrutura psicológica. Por outro lado, pouco se conhece sobre o perfil dos abusadores e o possível diagnóstico de transtornos parafílicos em amostras não clínicas ou mesmo em indivíduos privados de liberdade nas penitenciárias do Brasil devido a delitos sexuais. Conhecer o perfil desses sujeitos e o possível diagnóstico de parafilias, como a pedofilia, é a base para posteriormente se pensar em estudos que possam visar o tratamento e programas de prevenção ao abuso sexual, especialmente na infância e adolescência. A falta de debate, a escassez de políticas públicas para programas de tratamento que visem a prevenção primária de abusos sexuais e de recidivas motivaram esta pesquisa. É necessário estudar esses indivíduos para que se possa futuramente monitorar, avaliar e qualificar a implantação de políticas de saúde destinadas a esse grupo populacional e, desta forma, prevenir novos casos de delitos sexuais.

Diversas foram as reuniões com a SUSEPE, Justiça, comitê de ética até a aprovação final do projeto em 20/02/2020 e também autorização de acesso dos pesquisadores ao interior das penitenciárias. Dois Institutos Penais estão previstos para a realização do projeto: Instituto Penal Irmão Miguel Dário, localizado na Rua 01 Beco dos Marianos S/N, Bairro Agronomia, em Porto Alegre, e a segunda na Penitenciária Estadual de Canoas (PECAN I e complexo), Estrada Passo do Nazário, 3505, no Bairro Guajuviras, em Canoas. No entanto, com a declaração da pandemia de COVID-19 pela OMS em Março de 2020, o acesso ao Institutos Penais foi proibido devido aos riscos sanitários. Dessa forma, o foco deste presente trabalho é a descrição de um indivíduo internado numa unidade psiquiátrica com grave histórico de transtornos parafílicos, especificamente transtorno pedofílico e avaliar a exequibilidade da adaptação brasileira do inventário para rastreamento de transtornos parafílicos desenvolvido pelo PPD.

3. OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GERAL:

Avaliar o perfil epidemiológico (idade, sexo biológico, gênero identificado, estado civil, orientação sexual, anos de estudo, naturalidade, profissão exercida, renda, estrutura familiar de origem e atual - número de filhos, idade e sexo) e a presença do diagnóstico de transtornos parafilicos (e seus subtipos). Primeiramente, consta a descrição de um estudo de caso e futuramente a avaliação ocorrerá em indivíduos privados de liberdade por delito(s) de cunho sexual em duas Penitenciárias da Superintendência de Serviços Penitenciários (SUSEPE), de Porto Alegre e de Canoas, no Rio Grande do Sul.

3.2 OBJETIVOS SECUNDÁRIOS:

- Verificar se a versão em português brasileiro do questionário de rastreio de transtornos parafilicos do PPD é exequível e adequada como instrumento para avaliação clínica
- Conhecer o histórico psiquiátrico pregresso (internações hospitalares, histórico de traumatismo crânio-encefálico, convulsões, histórico atual ou passado de doenças psiquiátricas e tratamentos, antecedentes familiares de doenças psiquiátricas, histórico de abuso sexual, histórico de emigração)
- Verificar o diagnóstico das seguintes comorbidades: ansiedade, transtorno obsessivo-compulsivo, impulsividade, transtorno por uso de substâncias psicoativas, transtorno hipersexual, transtorno de personalidade antissocial nos indivíduos com diagnóstico de parafilias e naqueles sem diagnóstico de parafilias
- Verificar o quociente de inteligência (QI) e avaliação de estatura e destria nos indivíduos com diagnóstico de parafilias e naqueles sem diagnóstico de parafilias
- Verificar a presença de traumas na infância nos indivíduos com diagnóstico de parafilias e naqueles sem diagnóstico de parafilias
- Avaliar se há diferenças estatísticas quanto aos itens acima (comorbidades psiquiátricas, QI, histórico de traumas na infância) nos grupos com e sem diagnóstico de transtornos parafilicos na população encarcerada por delitos sexuais nas penitenciárias

4. ARTIGO

Cover Letter

Porto Alegre, August 4th, 2021

To *Aggression and Violent Behavior*

Dear Editor:

We would like to ask you to consider the manuscript entitled “A Case Report of Negligent Care to Pedophilia and its Critical Consequences” for publication on *Aggression and Violent Behavior*. The elaboration of this manuscript took place through a partnership between a sexuality research group, in Brazil, and researchers from Germany.

In this paper, we present a peculiar case report of an individual who only disclosed his severe pedophilic behavior to a healthcare team late in his life, although he has been known to both medical-psychiatric and forensic facilities due to an antecedent of parricide. We carefully described the patient paraphilic sexual fantasies and behavior, and we assumed the parricide was associated to his pedophilic disorder. From this case report we also reviewed different kinds of child sexual offenders and pointed out legal aspects of children protection in Brazil and prevention strategies against child sexual offense.

We believe that this manuscript is appropriate for publication by *Aggression and Violent Behavior* because the discussion of pedophilic behavior requires a cross-disciplinary look involving law, psychology, psychiatry, medicine etc. Furthermore, this case report can exemplify an inefficient medical approach (that may happen very often) in terms of early or even late identification of pedophile individuals and its serious negative impact on the prevention of child sexual abuse, so prevalent in Brazil (and in other developing countries). We highlighted some existing prevention programs for child sexual abuse as The *Dunkelfeld*

Project, in Germany and the Program for Primary Prevention of Sexual Violence, in India as an inspiration for Brazil.

We confirm that this work is original and has not been published before, nor is it currently under consideration for publication elsewhere. We have no conflicts of interest to disclose. All efforts have been made to preserve patient confidentiality and he has consented to use his data for the purpose of this manuscript. This paper was also submitted to a review by the Institution's Bioethics Department.

As Corresponding Author, I confirm that the manuscript has been read and approved for submission by all the named authors.

Please address all correspondence concerning this manuscript to us at gfurianpoa@gmail.com and mlobato@hcpa.edu.br

Thank you for your consideration of this manuscript.

Sincerely,

Gabriel Furian

Graduate Program in Medical Sciences: Psychiatry

Federal University of Rio Grande do Sul

Rua Ramiro Barcelos, 2400, CEP 90035-002, Porto Alegre-RS, Brazil

gfurianpoa@gmail.com

A Case Report of Negligent Care to Pedophilia and its Critical Consequences

Gabriel Furian¹, Klaus Michael Beier², Karine Schwarz¹, Dhiordan Cardoso da Silva¹, Dorit Grundmann², Maria Inês Rodrigues Lobato^{1*}

¹ Graduate Program in Medical Sciences: Psychiatry, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, RS, Brazil

² Charité – Universitätsmedizin Berlin, corporate member of Freie Universität Berlin, Humboldt-Universität zu Berlin, and Berlin Institute of Health, Center for Human and Health Sciences, Institute of Sexology and Sexual Medicine, Germany, klaus.beier@charite.de

* Corresponding author: Maria Inês Rodrigues Lobato mlobato@hcpa.edu.br

Funding statement

This research did not receive any specific grant from funding agencies in the public, commercial, or not-for-profit sectors.

Declaration of Competing Interest

There are no conflicts of interest to declare.

ABSTRACT

The present paper focuses on the issue of pedophilia and child sexual abuse and the need for specific prevention and treatment strategies. For the protection of children and for reducing the risk for sexual offending in at-risk individuals it seems inevitable to increase awareness for this topic within the mental health care system. The main objective of this paper is to present a case report of XX, an individual that has been known to both medical-psychiatric and forensic facilities by an antecedent of patricide, but who only disclosed his pedophilic fantasies and behaviors late in his life. XX is a middle-aged man who was admitted to an inpatient psychiatric unit for a severe episode of major depressive disorder and suicide risk. While he was recovering, XX reported pedophilic fantasies and behaviors during his life. To assess a pedophilic disorder and screen for other paraphilic contents, both a screening questionnaire and clinical interview were used for a proper evaluation of his sexual history and past offending behaviors. Sexual fantasies involving children and actual sexual offenses have remained unknown to mental health professionals and unreported to legal authorities. The case of XX alarmingly emphasizes the need for training of health care professionals and preventive strategies in Brazil for (potential) sexual offenders in a combined and intensive effort for the protection of children towards sexual offending.

Keywords: Pedophilia, Hebephilia, Child Sexual Abuse, Patricide, Case Report, Prevention and Treatment Strategies in Brazil

1. Child Sexual Abuse and Pedophilia or Hebephilia

To prevent child sexual abuse (CSA), there are two possible approaches: one way is to focus on potential victims, and another way is to focus on potential offenders. If it were somehow possible to reach those who are liable to cause CSA and to influence their behavior, this would be primary prevention at its best, because there would be no offense and no harm done to others (Beier, 2019).

To achieve this goal, it is necessary to gain specialized knowledge about different kinds of offenders: firstly knowledge about those showing no sexual preference disorder, for whom the child serves as a surrogate for a sexual relationship with a partner of similar age; and secondly knowledge about those showing a sexual preference disorder, namely pedophilia (i.e., the erotic preference for pre-pubescent minors) and/or hebephilia (i.e., the erotic preference for early pubescent minors) (Tenbergen et al., 2015).

Pedophilia is recognized by the WHO as a medical condition, described as a paraphilia [“The term paraphilia denotes any intense and persistent sexual interest other than sexual interest in genital stimulation or preparatory fondling with phenotypically normal, physically mature, consenting human partners” (American Psychiatric Association, APA 2013)]. Individuals who have a sexual preference for the body forms of children (i.e., pedophilic orientation) might suffer from clinically significant distress concerning the possibility of acting on their sexual urges (pedophilic disorder). CSA instead, is the criminal act of sexually offending against children. Non-pedophilic offenders who use children as a surrogate for an adult partner do not have a sexual preference for children and consequently do not suffer in this regard (Beier, 1998). In other words, not all CSA offenders have a pedophilic disorder and not all persons with pedophilia act out on their urges. Pedophilia is important to address because if

acted out, it exposes children to a sexual experience for which their developmental stage is not prepared and which can be damaging e.g., in parts of the nervous system (Heim et al., 2013). If a violation occurs in immature physical systems, it potentially leaves permanent neurological, psychological, sexual, emotional, and social handicaps (Stoltenborgh et al., 2011).

Sexual preference in general manifests during adolescence and remains relatively stable thereafter. All attempts to change sexual orientation tend to fail (Spitzer, 2012). A specific sexual preference can therefore be considered fate and not choice. Accordingly, it would be wrong to condemn the preference itself by current moral standards. This is true for pedophilia, which is, according to DSM-5, a sexual orientation/sexual interest, as well as hebephilia (APA, 2013). Sexual preference for minors, as investigated in self-report tools within a sample of help-seeking pedophiles and hebephiles, appeared to be a stable condition (Grundmann et al., 2016). Thus, individuals with a pedophilic/hebephilic sexual interest will always be at a higher risk of initial offending and/or re-offending compared to individuals without a pedophilic/hebephilic sexual interest. Since the majority of cases will remain unreported to the authorities the term dark field (German term: Dunkelfeld) is utilized for these cases.

Furthermore, empirical data suggests that pedophiles and hebephiles reveal higher levels of co-morbidity and distress because of the problems associated with their sexual preference, and, as a result, they are more likely than other sexual offenders to seek treatment (Konrad et al., 2017). Moreover, the prevalence of pedophilia is conservatively estimated at about 1% in the male population (Ahlers et al., 2011). This group accounts for approximately 40% of officially registered offenses (Beier, 1998; Seto, 2008). According to current studies, pedophilia might be associated with neurobiological findings, particularly if the sexual fantasies towards

children were acted out, denoting diminished inhibitory control for impulses (Tenbergen et al., 2015).

Besides increasing public recognition and general knowledge on the topics of child sexual abuse and pedophilia, national strategies, and efforts to tackle this issue vary widely. For the authors concern, especially in Brazil more needs to be done. Therefore, the present case report demonstrates the possibility to assess an individuals' sexual preference and behavior in detail in a confidential setting.

2. Case Report

XX was interviewed in 2020 during his hospitalization in a psychiatric inpatient unit in a city in Southern Brazil. He is a middle-aged man. XX attended school but did not finish elementary school. Over the years he had several jobs, but he has been retired for over a decade due to his mental health condition and consequently has a low income.

2.1 History of Present Illness

XX was admitted to a psychiatric unit for suicide risk. During the last six months prior to his admission to the hospital, XX reported gradually feeling sad and experiencing a lack of motivation to keep his home activities alongside a lack of appetite and hypersomnia. He reported that he heard a voice telling him to kill himself. He indeed took a knife once and thought about stabbing himself in the stomach. XX has been followed-up by a mental health team since 2018 and he has been taking haloperidol decanoate, six ampoules per month (actual intake of the medication was not monitored).

He lived alone in a small house for some few years until a drug trafficking gang took over his neighborhood. Then he was expelled from there by the drug dealers and by his

neighbors because of his suspicious history of child sexual abuse (CSA). Thus, the days prior to his admission to the psychiatric inpatient unit he was homeless.

XX has a history of alcohol addiction (at least one bottle of wine per day) and nicotine abuse (two packs of cigarettes per day). He started using both in his 20s. He has emphysema and diabetes mellitus type 2, but he does not adhere to treatment.

2.2 Previous History of Mental Illness

XX has had other mood episodes in the past. During one of these episodes, he had planned suicide by setting his house on fire with cooking gas. He reported having been listening to commanding “voices” since he was an adolescent, but he only started seeing a psychiatrist when he was in his twenties, after murdering his father with a gun. He claimed to be listening to a voice that guided him to kill his father. Due to this crime and his mental health condition, XX spent a long period (for more than a decade) at a Forensic Unit (FU).

Nevertheless, it was only during the current admission to the hospital that his pedophilic behaviors became known. XX explained that he disliked the way his father behaved towards his stepdaughter ("my father put the little girl on his lap...he ran his hand over her several times"). This "little girl" XX mentioned was about 11 years old, in the very beginning of her puberty. XX said he was sexually attracted to his father's stepdaughter and maybe “he fell in love with her”, and he may not have tolerated the way his father treated the child.

2.3 Psychosocial Profile

XX was raised by his biological parents. He reported to have a good relationship with his family (mother, father and siblings) until the age of ten, which ended when he discovered that his father was betraying his mother. She died when he was before his twenties. Soon after his father married another woman, who already had a daughter. He is single and has never had

a relationship, nor children. XX considers himself a “straight” man (i.e., sexually oriented towards women), but admitted having difficulties to form relationships and have sexual contacts with women he was interested in. He perceives himself as “ugly”, shy and “not interesting”.

2.4 Hospitalization

While he was admitted to the hospital, his mood and psychotic symptoms got better through taking fluoxetine 40mg and haloperidol 10mg and he no longer mentioned having suicidal thoughts. He was collaborative in the interviews. When he was asked about his sexual fantasies and history of offenses, he was embarrassed, but we assured him medical confidentiality and he answered sincerely. XX tended to avoid discussing these topics because he had many troubles and difficulties during his life. He considers that these pedophilic behaviors have worsened his capability of establishing relationships.

Due to his history of alcohol disorder and an impression by the medical team of some cognitive impairment, an MRI of the skull/brain was performed, and his IQ was assessed by a psychologist performing the Wechsler Adult Intelligence Scale (WAIS-IV). The MRI showed diffuse reduction of the encephalic volume more evident in the supratentorial compartment and showed an increase in the ventricular cavities size, not proportional to the encephalic volume dimension. There was some supratentorial microangiopathy and caudal insinuation of the right cerebellar tonsil. Contrasting with the MRI, the evaluation of his intelligence showed a global IQ score of 93 (percentile 32), with an execution IQ of 79 (percentile 8) and a verbal IQ of 110 (percentile 75).

He was also evaluated by a forensic psychiatrist who was of the opinion that the patient requires a structured environment to organize himself and to accomplish his psychiatric treatment, for example, in a therapeutic residential setting. Considering his psychiatric history,

the support and attention of the mental health team is fundamental to avoid instability of his mental health condition and to assure intake of pharmacological medication. There is no mention of antisocial traits in this forensic assessment.

Regarding his very critical clinical situation (severe emphysema, diabetes, hypertension), history of poor adherence to clinical and psychiatric treatment, social vulnerability and no family support, XX was discharged after 35 days of psychiatric hospitalization with a more stable mental state but was referred to a Public Therapeutic Residential Setting to be constantly monitored by a health assistance team.

2.5 Sexual History

During the clinical interview, XX reported to be sexually aroused by either prepubescent or early pubescent girls, with a dominant attraction to girls at Tanner stage 2. Besides the pedohebephilic sexual interest, he is also attracted to adult women, but to a lesser extent. Sexual arousal towards boys or adult men was not reported, but later in the interview, XX described sexual encounters with an adult male when he was first admitted to a psychiatric unit. XX reported to be aware of his sexual interest in younger girls and adult women since he was 15 years old.

In his mind during masturbation, he fantasizes about children doing regular activities such as playing, but he also fantasizes about girls in provocative poses or even about girls having sexual intercourse with him. He reported to be sexually aroused by the idea of showing his penis to girls. He denied ever watching pornography and has never had access to the internet. In the past, he made use of pornographic magazines (like *playboy*) and sometimes visited "porn cinemas".

Directly asked about past problematic sexual behaviors involving female minors, XX denied any sexual approach and claimed that he only liked to watch children play. However, during the interview it became apparent that there must have been approximately 50 cases of child sexual abuse towards girls aged three to ten years old, while XX was between 15 and 33 years old. The last time he offended was during a home visit while he was housed at the FU.

Sexual interactions with girls involved exhibitionistic acts of presenting his genital, touching a child's buttocks in play situations, rubbing his penis on a child's buttock or vulva and oral contact with the vulva, without vaginal or anal penetration. The children he sexually abused were mostly known girls from his neighborhood and he convinced them to come to his home by offering them candy or money. He also reported to be sexually aroused by the fantasy of rubbing his genitalia on women's buttocks when he is in public transportation.

2.6 Methods and Ethical Considerations

The screening questions for paraphilic interests were based on the "Troubled Desire" project, a web-based program that offers anonymous and confidential self-assessments and self-management training modules for individuals with sexual interest in children (Schuler et al., 2021). The English version of this questionnaire was provided through personal correspondence with the project coordinator of the German "Troubled Desire" program. The questionnaire was translated and adapted from the English version to Brazilian Portuguese by two bilingual psychiatrists, later it was reviewed by a native speaker of English. There were many steps before reaching the final Brazilian Portuguese version which is still in the validation process. However, for the purpose of the present case study, the in-process version was considered sufficient for

the clinical use and evaluation of the respective information on the patient's sexual experiences and behaviors.

The information given in this article has been chosen to preserve the identity and confidentiality of the patient. The informed consent form was signed by the patient, allowing for the use of his data for this case report.

3. Discussion

XX has clearly shown a sexual preference towards prepubescent and early pubescent girls since he was around 15 years old. There is a clear sexual interest towards the prepubescent female body scheme which motivated him to seek children (followed by the first offenses not reported to the legal authorities), regardless of any other reason such as alcohol abuse or the presence of any psychotic symptoms. He last offended during a home visit when he was living at the FU, while supposedly adhering to the treatment – revealing the diminished inhibitory control for his sexual urges.

This case draws our attention to the fact that, besides the long-term contact with the public health care system, XX's intensive CSA behavior went almost unnoticed throughout the period he was at the FU. He only disclosed this troubled sexual behavior during his recent psychiatric hospitalization, where he had been admitted due to depression after he was expelled from his neighborhood because of his sexual offending against children.

We assume the patricide history was also linked to his pedophilic disorder because he reported this event as an angry growing feeling against his father for the likely sexual harassment of his father against his stepdaughter and through an impulsive/psychotic decision involving his "feelings" towards the girl. Considering the follow-up of this case, we assumed

that he did not meet diagnostic criteria for schizophrenia, schizoaffective or bipolar disorder and we wonder if the hallucinatory phenomenon described was to allow for a supposedly milder sentence to be given by the Brazilian Jurisdictional system.

Furthermore, this case report aims to alert the Mental Health Care System to CSA and the use of child sexual abuse images (CSAI) associated with pedophilia/hebephilia and the importance of discussing and bringing to light this very controversial topic. It is well known that CSA might interfere with children's growth and development (Foster & Carson, 2013; Goodman et al., 2010). It has also been linked to several maladaptive health behaviors, and poor social, mental and physical health outcomes (Putnam, 2003; Irish et al., 2010). The scientific research focuses mainly on the psychiatric and psychotherapeutic approach concerning victims of CSA while the offender's treatment is mostly considered an academic side issue (Tenbergen et al., 2015). Therefore, primary and secondary prevention strategies against minor sexual abuse are definitively insufficiently considered. Identifying high-risk individuals who may have a pedophilic/hebephilic disorder and offering them therapeutic strategies and support to control this kind of behavior, should be just as important as treating its critical consequences.

Since the 1990's, sexual violence against children and adolescents has grown in political importance in Brazil after the child and adolescent statute was institutionalized (Estatuto da Criança e do Adolescente e outras providências, 1990). Based on this movement, several spheres of Brazilian society have engaged in the process of defending rights and developing public policies for this purpose (Paixao & Deslande, 2010). In 2009, through law nº 12.015, the Brazilian Penal Code standardized a strict punishment for sexual abusers considering that any abuse would culminate in a minimum of eight years in a closed regime (Crimes contra a dignidade Sexual e crimes contra a liberdade sexual, 2009). These social, medical, and legal

up-grades were associated with an increase in the notification of cases of sexual violence (Secretaria de Vigilância em Saúde, 2018) and in the incarceration of sexual abusers, but unfortunately there is no evidence concerning to a reduction in numbers of assault.

These political changes seek to ensure the children's protection, offering training to mental health assistance teams to be able to identify indicators of traumatization for sexual abuse in children. However, nothing has been done to identify early high-risk individuals who may commit CSA offenses and consume CSAI. For this, we need to give attention and support for research on sexual offenders, assessing the pathophysiology, as well as pharmacological and psychotherapeutic treatment approaches in the context of pedophilic/hebephilic sexual preference and behaviors, and find strategies for prevention of CSA and the use of CSAI in Brazil.

Beier and colleagues developed *The Prevention Project Dunkelfeld*, at *The Institute of Sexology and Sexual Medicine (Charité University)* that aims to identify individuals with paraphilic sexual fantasies focused on pedophilia through an online screening questionnaire (Beier et al., 2009). This project started in 2005 and offers treatment to individuals with a sexual interest in minors that are at risk for committing a sexual offense (Beier et al., 2015). Other European Union countries are considering the implementation of similar prevention programs, although each country has its legal and ethical considerations concerning the approach to therapeutic confidentiality regarding reports of past offending behaviors (Beier, 2019). India is also running a prevention project against CSA and the use of CSAI (Program for Primary Prevention of Sexual Violence, n.d.) adapted from the German Dunkelfeld Project and the Berlin Dissexuality Treatment Program (Beier, 2021).

In conclusion, primary prevention against CSA, which includes the identification, diagnoses and treatment of individuals with a pedophilic/hebephilic sexual interest, is considered the most effective approach.

4. Conclusion

We consider the screening questionnaire developed by our German colleagues in the context of “Troubled Desire” an especially useful tool for evaluating paraphilic sexual interests and behaviors, with a focus on pedophilia. Mental health professionals should take the opportunity of using the questionnaire for their clinical evaluations.

XX is a typical example for those patients who did not have the chance to effectively communicate pedophilic behaviors despite having had contact to many mental health professionals over the years.

Finally, this case report of XX highlights the medical approach that has been previously inefficient in terms of early (or even late) identification of pedophile individuals and its serious negative impact on the prevention of CSA. This attitude has not made possible the development of research on appropriate treatments for potential offenders who may go on to abuse.

References

- Ahlers, C. J., Schaefer, G. A., Mundt, I. A., Roll, S., Englert, H., Willich, S., & Beier, K. M. (2011). How unusual are the contents of paraphilias – prevalence of Paraphilia-Associated Sexual Arousal Patterns (PASAPs) in a community-based sample of men. *Journal of Sexual Medicine*, 8: 1362–1370.
- American Psychiatric Association (APA) (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 5th ed. (DSM-5). Washington, DC: APA
- Beier, K.M. (1998). Differential typology and prognosis for dissexual behavior - a follow-up study of previously expert-appraised child molesters. *International Journal of Legal Medicine*, 111: 133–41.1
- Beier, K. M. (2019). Preventing child sexual abuse and the use of child abuse images: the Prevention Project Dunkelfeld as an international perspective. *The International Journal of Forensic Psychotherapy*, 1(1), 61-66.
- Beier, K.M., editor. (2021). *Pedophilia, Hebephilia and Sexual Offending against Children: The Berlin Dissexuality Treatment Program (BEDIT)*. Springer International Publishing. <https://doi.org/10.1007/978-3-030-61262-7>.
- Beier, K. M., Ahlers, C. J., Goecker, D., Neutze, J., Mundt, I. A., Hupp, E., & Schaefer, G. A. (2009). Can pedophiles be reached for primary prevention of child sexual abuse? First results of the Berlin Prevention Project Dunkelfeld (PPD). *The journal of forensic psychiatry & psychology*, 20(6), 851-867.
- Beier, K.M., Grundmann, D., Kuhle, L.F., Scherner, G., Konrad, A., Amelung, T. (2015). The German Dunkelfeld project: a pilot study to prevent child sexual abuse and the use of child abusive images. *J Sex Med*, 12(2):529-42.

Crimes contra a dignidade sexual e Crimes contra a liberdade sexual. (2009). Lei Federal 12.015. República Federativa do Brasil.

http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2009/lei/l12015.htm

Estatuto da Criança e do Adolescente e outras providências. (1990). Lei Federal 8.069. República Federativa do Brasil.

http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L8069.htm#art266

Foster, J.M., Carson, D.K. (2013). Child sexual abuse in the United States: Perspectives on assessment and intervention. *American Journal of Humanities and Social Sciences*, 1(3):97–108.

Goodman, G.S., Quas, J.A., Ogle, C.M. (2010). Child maltreatment and memory. *Annual review of psychology*, 61:325–51.

Grundmann, D., Krupp, J., Scherner, G., Amelung, T., & Beier, K. M. (2016). Stability of self-reported arousal to sexual fantasies involving children in a clinical sample of pedophiles and hebephiles. *Archives of Sexual Behavior*, 45: 1153–1162.

Heim C.M., Mayberg H., Mletzko T., Nemeroff C., Pruessner J. (2013). Decreased Cortical Representation of Genital Somatosensory Field After Childhood Sexual Abuse. *The American Journal of Psychiatry*, 170(6), 616-623.

Program for Primary Prevention of Sexual Violence (n.d.) “Don’t offend – the India Network”. Retrieved March 19, 2021, from <https://www.pppsv.org/treatment/>

Irish, L., Kobayashi, I., Delahanty, D.L. (2010). Long-term Physical Health Consequences of Childhood Sexual Abuse: A Meta-Analytic Review. *Journal of Pediatric Psychology*, 35(5):450–61.

- Konrad, A., Haag, S., Scherner, G., Amelung, T., & Beier, K. M. (2017). Previous judicial detection and paedophilic sexual interest partially predict psychological distress in a non-forensic sample of help-seeking men feeling inclined to sexually offend against children. *Journal of Sexual Aggression, 23*: 266–277.
- Paixão, A.C.W, Deslandes, S. F. (2010). Análise das Políticas Públicas de Enfrentamento da Violência Sexual Infantojuvenil. *Saúde Soc. São Paulo, v.19,n.1, p-114-126*
- Putnam, F.W. (2003). Ten-year research update review: child sexual abuse. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 42*(3):269–78. Epub 2003/02/22. pmid:12595779.
- Schuler, M., Gieseler, H., Schweder, K. W., von Heyden, M., & Beier, K. M. (2021). Characteristics of the Users of Troubled Desire, a Web-Based Self-management App for Individuals With Sexual Interest in Children: Descriptive Analysis of Self-assessment Data. *JMIR mental health, 8*(2), e22277.
- Secretaria de Vigilância em Saúde. (2018). Análise epidemiológica da violência sexual contra crianças e adolescentes no Brasil, 2011 a 2017. (Boletim epidemiológico vol. 49, nº 27). Ministério da Saúde do Brasil. <https://antigo.saude.gov.br/images/pdf/2018/junho/25/2018-024.pdf>
- Seto, M. C. (2008). *Pedophilia and Sexual Offending against Children: Theory, Assessment, and Intervention*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Spitzer, R. L. (2012). Spitzer reassesses his 2003 study of reparative therapy of homosexuality. *Archives of Sexual Behavior, 41*: 757–757.

- 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*, 16:79–101.
- Tenbergen, G., Wittfoth, M., Frieling, H., Ponseti, J., Walter, M., Walter, H. et al. (2015). The neurobiology and psychology of pedophilia: recent advances and challenges. *Front Human Neuroscience*, 9:344.

5. OUTRAS CONSIDERAÇÕES

Correlações do caso com a literatura

XX apresenta desejos sexuais pedofílicos desde a sua adolescência. Pelo seu relato, não houve evidência de que as ofensas sexuais foram secundárias a sintomas psicóticos. A sua atração por menores iniciaram quando tinha aproximadamente 15 anos e perduraram até o momento da entrevista, mais direcionada ao esquema corporal de meninas e referiu sentimentos por sua enteada (12 anos de idade) quando adulto jovem. Seto conceituou pedofilia como uma orientação sexual de instalação precoce (em geral na puberdade) e estável no tempo e correlacionada com comportamento romântico.(60) Beier também encontrou instalação precoce de excitação sexual pedo/hebefílica, que se manteve ao longo da vida em um estudo com pedófilos na Alemanha. (61,62). XX também referiu fantasias relacionadas a frotteurismo, corroborando que parafilias adicionais estejam presentes em indivíduos pedófilos. (48)

XX negou histórico de TCE na infância e avaliação de QI verbal foi de 110. Esses achados não corroboram o evidenciado pelos estudos atuais, que sugerem menores scores em QI verbal em pedófilos.(48,53) Por outro lado, o paciente mostrou QI de execução de 79, com déficit visuoespacial. Prejuízo na memória visuoespacial pode estar relacionado com pedofilia. (53) Além disso, XX não concluiu os estudos e tem baixa escolaridade, características essas mais associadas a agressores sexuais de crianças (independente do status de pedófilo ou não). (48)

O paciente estudado apresentou redução difusa no volume encefálico, mais evidentemente no compartimento supratentorial, mínima microangiopatia e não houve alterações nos núcleos da base. Essas alterações podem estar associadas mais provavelmente ao transtorno por uso de álcool e pouco se relaciona com os achados em RNM dos estudos mais contemporâneos de pedófilos, como redução no volume da substância branca nos lobos parietal e temporal bilateralmente (53). Não foi evidenciado também redução da substância cinzenta em locais específicos do cérebro, como cerebelo e lobo frontal bilateral (58) e tampouco redução no volume da substância cinzenta dorsomedial pré-frontal ou córtex cingulado anterior

(achados que sugerem maior risco de recidivas em abuso sexual) (5). Dessa forma, as alterações em RNM do caso estudado são inespecíficas para os achados em neuroimagem em pedofilia.

Sobre o inventário para rastreamento de fantasias e comportamentos parafilicos e exequibilidade

O questionário de rastreamento de transtornos parafilicos disponível em diversos idiomas no website troubled-desire.com constitui-se de três partes principais. A primeira se destina a avaliação de informações sobre educação, família, profissão e situações que tem contato com criança. A segunda, sobre fantasias e comportamentos sexuais e, por fim, a terceira, sobre consumo e produção de pornografia além de questionamentos sobre circunstâncias de contato com crianças. Logo antes da aplicação do questionário, foi explicado a XX o motivo da aplicação e possivelmente isso favoreceu com que ele respondesse sem rechaço aos itens. Por se tratar de perguntas objetivas e fechadas, com respostas em geral dicotômicas, foi um instrumento tanto de fácil aplicação por parte do entrevistador como de fácil entendimento por parte do entrevistado. O tempo de aplicação foi aproximadamente de 30 minutos. XX não demonstrou descontentamento com a aplicação do questionário e revelou algum alívio de poder compartilhar essas fantasias em um contexto profissional. Muitos itens relacionados a diversas fantasias sexuais parafilicas foram negados, fazendo com que não fosse necessário questionamentos adicionais (relativos ao período de início das fantasias negadas, à persistência por mais de 6 meses, se causa incômodo etc). Dessa forma, isso contribuiu para um menor tempo de aplicação do instrumento. (Anexos D e E).

6. CONCLUSÃO

Estudo multicêntrico europeu evidenciou que em cursos de pós-graduação e em residências médicas o treinamento em saúde sexual é bastante deficiente mesmo nas áreas de psiquiatria, ginecologia e urologia. (74)

Neste sentido, este estudo contribui para dar luz a um tema por vezes considerado tabu e frequentemente estigmatizado dentro da área da saúde pelo evidente rechaço causado pelos comportamentos parafílicos na sociedade. Por outro lado, considerando a alta incidência de abusos sexuais diversos, especialmente em países populosos e em desenvolvimento como o Brasil, a pesquisa nesta área é fundamental. Muitos casos de violência sexual, em especial a violência sexual contra a criança, são subnotificados e estima-se que, muitas vezes, desconhecidos pelas autoridades. Visando a proteção da sociedade contra abusos sexuais, aprofundar a pesquisa relativa aos portadores dos transtornos parafílicos é essencial para se poder traçar estratégias que visem o tratamento dessas pessoas de forma a ativamente impedir agressões sexuais ou recidivas de abuso. Estimular pessoas com transtornos parafílicos a se submeterem a tratamento pode ser considerada uma forma de proteção proativa a potenciais vítimas de violência sexual. Afinal, em se tratando da pedofilia, se de alguma forma for possível alcançar aqueles passíveis de causar abuso sexual contra crianças e influenciar o seu comportamento sexual, isso seria prevenção primária, já que não haveria nenhum abuso ou dano a terceiros.

Por essa razão, o presente estudo se destinou a avaliar, com o auxílio do questionário do PPD, um sujeito que esteve hospitalizado em unidade de internação psiquiátrica e que teve passagem no Instituto de Psiquiatria Forense por histórico de parricídio. O caso de XX é relevante ser documentado tendo em vista a gravidade do transtorno e seu consequente impacto social e que, ainda assim, foi de alguma forma negligenciado por diversas equipes de saúde mental que o assistiram.

Por se tratar de perguntas em geral com respostas dicotômicas, o instrumento de avaliação do PPD foi de fácil aplicação; por outro lado, pelos questionamentos fechados e pelo constrangimento eventualmente causado pelo teor do inventário, é possível que algumas

fantasias sexuais investigadas possam ser negadas pelo indivíduo avaliado. Por essa razão, para sua aplicação é importante alguma familiaridade com o tema e com o inventário, tendo em vista a grande quantidade de itens. Também é recomendável, quando possível, um mínimo de vínculo com o indivíduo a ser entrevistado. Não é necessário aplicá-lo por completo se o objetivo for avaliar apenas as fantasias e comportamentos parafilicos (há diversos itens relacionados ao consumo e produção de pornografia, por exemplo, na terceira parte do inventário). A versão para o português brasileiro mostrou-se de forma geral exequível nesse primeiro momento, podendo levar uma média de 30 minutos, mas o tempo de aplicação pode ser bastante variável a depender das respostas dadas (isto é, quanto mais respostas afirmativas, mais perguntas precisarão ser realizadas). Esta versão em português brasileiro estará disponível no website troubled-desire.com, vinculado com o PPD.

A segunda etapa desse projeto será a avaliação do perfil epidemiológico e do diagnóstico de transtornos parafilicos em indivíduos privados de liberdade em regime fechado e semiaberto em penitenciárias da SUSEPE, condenados por delitos sexuais (já está aprovado pelo CEP/HCPA desde Fevereiro de 2020), no entanto, com a eclosão da pandemia de COVID-19 em Março de 2020 e recomendações de distanciamento social, não foi possível, desde então, ter acesso às penitenciárias da SUSEPE para avaliação destes indivíduos. Importante frisar que este projeto de pesquisa tem previsão para ser reiniciado no primeiro semestre de 2022 com a mesma equipe de pesquisadores e sobre a orientação da prof. Maria Inês.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1) World Health Organization. International statistical classification of diseases and related health problems (11th Revision). Geneva: World Health Organization; 2018. Available from: <https://icd.who.int/browse11/1-m/en>
- 2) American Psychiatric Association. Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: DSM-5. 5.ed. Nascimento MIC, Machado PH, Gracez RM, Pizzato R, da Rosa SMM, translators. Porto Alegre: Artmed, 2014.
- 3) De Block A, Adriaens PR. Pathologizing sexual deviance: a history. *J Sex Res.* 2013;50(3-4):276-98. doi: 10.1080/00224499.2012.738259.
- 4) Aggrawal A. References to the paraphilias and sexual crimes in the Bible. *J Forensic Leg Med.* 2009 Apr;16(3):109-14. doi: 10.1016/j.jflm.2008.07.006. Epub 2008 Oct 22.
- 5) Gordon H. The treatment of paraphilias: an historical perspective. *Crim Behav Ment Health.* 2008;18(2):79-87. doi: 10.1002/cbm.687.
- 6) Bourget S. Sex, death and sacrifice in moche religion and visual culture. Austin: University of Texas Press, 2006.
- 7) Krafft-Ebing R. Psychopathia sexualis with special reference to the antipathic sexual instinct: A medico-forensic study. 10.ed. New York: Paperback Library, 2010.
- 8) McManus MA, Hargreaves P, Rainbow L, Alison LJ. Paraphilias: definition, diagnosis and treatment. *F1000Prime Rep.* 2013 Sep 2;5:36. doi: 10.12703/P5-36.
- 9) Cantor JM, Sutton KS. Paraphilia, gender dysphoria, and hypersexuality. In: Blaney PH, Millon T. (Eds.). *Oxford textbook of psychopathology.* 3rd ed. New York: Oxford University Press; 2014. p. 589-614.
- 10) Downing L. Heteronormativity and Repronormativity in Sexological "Perversion Theory" and the DSM-5's "Paraphilic Disorder" Diagnoses. *Arch Sex Behav.* 2015 Jul;44(5):1139-45. doi: 10.1007/s10508-015-0536-y.
- 11) Fedoroff JP, Di Gioacchino L, Murphy L. Problems with paraphilias in the DSM-5. *Curr Psychiatry Rep.* 2013 Aug;15(8):363. doi: 10.1007/s11920-013-0363-6.
- 12) Bradford JM, Ahmed AG. The natural history of the paraphilias. *Psychiatr Clin North Am.* 2014 Jun;37(2):xi-xv. doi: 10.1016/j.psc.2014.03.010.
- 13) Taktak Ş, Yılmaz E, Karamustafaloglu O, Ünsal A. Characteristics of paraphilics in Turkey: A retrospective study-20years *Int J Law Psychiatry.* 2016 Sep - Dec;49(Pt A):22-30. doi: 10.1016/j.ijlp.2016.05.004. Epub 2016 May 12.
- 14) Joyal CC, Carpentier J. The prevalence of paraphilic interests and behaviors in the general population: a provincial survey. *J Sex Res.* 2017 Feb;54(2):161-171. doi: 10.1080/00224499.2016.1139034.
- 15) Joyal CC. Defining "Normophilic" and "Paraphilic" sexual fantasies in a population-based sample: on the importance of considering subgroups. *Sex Med.* 2015 Nov 2;3(4):321-30. doi: 10.1002/sm2.96. eCollection 2015 Dec.
- 16) Langstrom, N., & Seto, M. C. (2006). Exhibitionistic and voyeuristic behavior in a Swedish national population survey. *Archives of Sexual Behavior,* 35, 427–435
- 17) Beier KM, Neutze J, Mundt IA, Ahlers CJ, Goecker D, Konrad A, et al. Encouraging self-identified pedophiles and hebephiles to seek professional help: first results of the Prevention Project Dunkelfeld (PPD). *Child Abuse Negl.* 2009 Aug;33(8):545-9. doi: 10.1016/j.chiabu.2009.04.002.
- 18) Richters J, de Visser RO, Rissel CE, Grulich AE, Smith AM. Demographic and psychosocial features of participants in bondage and discipline, "sadoomasochism" or dominance and submission

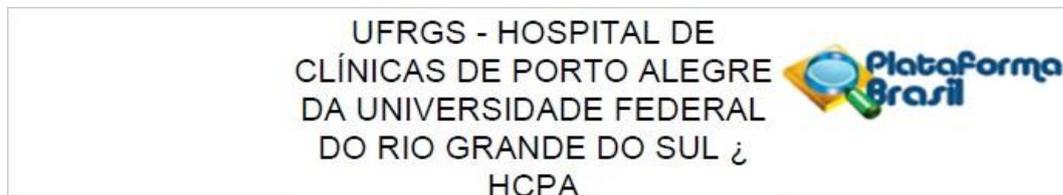
- (BDSM): data from a national survey. *J Sex Med.* 2008 Jul;5(7):1660-8. doi: 10.1111/j.1743-6109.2008.00795.x.
- 19) Seto MC. *Internet sex offenders.* Washington, DC: American Psychological Association; 2013.
 - 20) Seto MC, Kingston DA, Bourget D. Assessment of the paraphilias *Psychiatr Clin North Am.* 2014 Jun;37(2):149-61. doi: 10.1016/j.psc.2014.03.001. Epub 2014 Apr 18.
 - 21) Castellini G, Rellini AH, Appignanesi C, Pinucci I, Fattorini M, Grano E, et al. Deviance or Normalcy? The relationship among paraphilic thoughts and behaviors, hypersexuality, and psychopathology in a sample of university students. *J Sex Med.* 2018 Sep;15(9):1322-1335. doi: 10.1016/j.jsxm.2018.07.015.
 - 22) Oliveira Júnior, WM, Abdo CHN. Unconventional sexual behaviors and their associations with physical, mental and sexual health parameters: a study in 18 large Brazilian cities. *Rev. Bras. Psiquiatr.* [Internet]. 2010 Set
 - 23) Cantor JM, Klein C, Lykins A, Rullo JE, Thaler L, Walling BR. A treatment-oriented typology of self-identified hypersexuality referrals. *Arch Sex Behav.* 2013 Jul;42(5):883-93. doi: 10.1007/s10508-013-0085-1.
 - 24) Briken P, Krueger RB. From atypical sexual interests to paraphilic disorders: the planned ICD revisions related to paraphilic disorder. *J Sex Med.* 2018 Jun;15(6):807-808. doi: 10.1016/j.jsxm.2018.02.001.
 - 25) Moulrier V, Fonteille V, Péligrini-Issac M, Cordier B, Baron-Laforêt S, Boriassé E, et al. A pilot study of the effects of gonadotropin-releasing hormone agonist therapy on brain activation pattern in a man with pedophilia. *Int J Offender Ther Comp Criminol.* 2012 Feb;56(1):50-60. doi: 10.1177/0306624X10392191.
 - 26) Stephens S, Seto MC, Goodwill AM, Cantor JM. The Relationships Between Victim Age, Gender, and Relationship Polymorphism and Sexual Recidivism.. *Sex Abuse.* 2018 Mar;30(2):132-146. doi: 10.1177/1079063216630983.
 - 27) Giotakos O, Markianos M, Vaidakis N, Christodoulou GN. Sex hormones and biogenic amine turnover of sex offenders in relation to their temperament and character dimensions. *Psychiatry Res.* 2004 Jul 15;127(3):185-93.
 - 28) Studer LH, Aylwin AS, Reddon JR. Testosterone, sexual offense recidivism, and treatment effect among adult male sex offenders. *Sex Abuse.* 2005 Apr;17(2):171-81.
 - 29) Thibaut F, De La Barra F, Gordon H, Cosyns P, Bradford JM. The World Federation of Societies of Biological Psychiatry (WFSBP) guidelines for the biological treatment of paraphilias. *World J Biol Psychiatry.* 2010 Jun;11(4):604-55. doi: 10.3109/15622971003671628.
 - 30) Levenson JS, Willis GM2, Vicencio CP. Obstacles to help-seeking for sexual offenders: implications for prevention of sexual abuse. *J Child Sex Abus.* 2017 Feb-Mar;26(2):99-120. doi: 10.1080/10538712.2016.1276116.
 - 31) Crimes contra a dignidade sexual e Crimes contra a liberdade sexual. (2009). Lei Federal 12.015. República Federativa do Brasil. http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2009/lei/112015.htm
 - 32) World Health Organization. [homepage na internet]. History of ICD. [acesso em 21 Mar 2021]. Disponível em: https://cdn.who.int/media/docs/default-source/classification/icd/historyoficd.pdf?sfvrsn=b9e617af_3&download=true
 - 33) Classificação de Transtornos Mentais e de Comportamento da CID-6: descrições clínicas e diretrizes diagnósticas. Organização Mundial de Saúde (Coord.) Porto Alegre: Artmed; 1993.
 - 34) Organização Mundial da Saúde. Manual de classificação internacional de doenças, lesões e causas de óbitos; 9ª revisão 1975. São Paulo: Centro da OMS para Classificação de Doenças em Português; 1978
 - 35) Classificação de Transtornos Mentais e de Comportamento da CID-10: descrições clínicas e

- diretrizes diagnósticas. Organização Mundial de Saúde (Coord.) Porto Alegre: Artmed; 1993.
- 36) Gayford JJ. Disorders of sexual preference, or paraphilias: a review of the literature *Med Sci Law*. 1997 Oct;37(4):303-15.
 - 37) Wakefield JC. DSM-5 proposed diagnostic criteria for sexual paraphilias: tensions between diagnostic validity and forensic utility. *Int J Law Psychiatry*. 2011 May-Jun;34(3):195-209. doi: 10.1016/j.ijlp.2011.04.012.
 - 38) Långström N. The DSM diagnostic criteria for exhibitionism, voyeurism, and frotteurism. *Arch Sex Behav*. 2010 Apr;39(2):317-24. doi: 10.1007/s10508-009-9577-4.
 - 39) Dawson SJ, Bannerman BA, Lalumière ML. Paraphilic Interests: An Examination of Sex Differences in a Nonclinical Sample. *Sex Abuse*. 2016 Feb;28(1):20-45. doi: 10.1177/1079063214525645.
 - 40) Clark SK, Jeglic EL, Calkins C, Tatar JR. More than a nuisance: the prevalence and consequences of frotteurism and exhibitionism. *Sex Abuse*. 2016 Feb;28(1):3-19. doi: 10.1177/1079063214525643.
 - 41) Sigré-Leirós V, Carvalho J, Nobre P. Cognitive schemas and sexual offending: Differences between rapists, pedophilic and nonpedophilic child molesters, and nonsexual offenders. *Child Abuse Negl*. 2015 Feb;40:81-92. doi: 10.1016/j.chiabu.2014.10.003.
 - 42) Sigré-Leirós V, Carvalho J, Nobre P. Preliminary Findings on Men's Sexual Self-Schema and Sexual Offending: Differences Between Subtypes of Offenders. *J Sex Res*. 2016;53(2):204-13. doi: 10.1080/00224499.2015.1012289.
 - 43) Pervan S, Hunter M. Cognitive distortions and social self-esteem in sexual offenders. *Appl Psychol Crim Justice*. 2007;3(1):75-91.
 - 44) Maniglio R. The role of parent-child bonding, attachment, and interpersonal problems in the development of deviant sexual fantasies in sexual offenders. *Trauma Violence Abuse*. 2012 Apr;13(2):83-96. doi: 10.1177/1524838012440337
 - 45) Lee SC, Hanson RK, Calkins C, Jeglic E. Paraphilia and antisociality: motivations for sexual offending may differ for American whites and blacks. *Sex Abuse*. 2019 Feb 2;1079063219828779. doi: 10.1177/1079063219828779.
 - 46) Chan HC, Beauregard E, Myers WC. Single-victim and serial sexual homicide offenders: differences in crime, paraphilias and personality traits. *Crim Behav Ment Health*. 2015 Feb;25(1):66-78. doi: 10.1002/cbm.1925.
 - 47) Sigré-Leirós V, Carvalho J, Nobre PJ. Rape-related cognitive distortions: Preliminary findings on the role of early maladaptive schemas. *Int J Law Psychiatry*. 2015 Jul-Aug;41:26-30. doi: 10.1016/j.ijlp.2015.03.003.
 - 48) Gerwinn H, Weiß S, Tenbergen G, Amelung T, Födisch C, Pohl A, et al. Clinical characteristics associated with paedophilia and child sex offending - Differentiating sexual preference from offence status *Eur Psychiatry*. 2018 Jun;51:74-85. doi: 10.1016/j.eurpsy.2018.02.002.
 - 49) Kanters T, Hornsveld RH, Nunes KL, Huijding J, Zwets AJ, Snowden RJ, et al. Are Child Abusers Sexually Attracted to Submissiveness? Assessment of Sex-Related Cognition With the Implicit Association Test. *Sex Abuse*. 2016 Aug;28(5):448-68. doi: 10.1177/1079063214544330.
 - 50) Seto MC, Cantor JM, Blanchard R. Child pornography offenses are a valid diagnostic indicator of pedophilia. *J Abnorm Psychol*. 2006 Aug;115(3):610-5.
 - 51) Seto MC, Eke AW. Predicting recidivism among adult male child pornography offenders: Development of the Child Pornography Offender Risk Tool (CPORT). *Law Hum Behav*. 2015 Aug;39(4):416-29. doi: 10.1037/lhb0000128.
 - 52) Tenbergen G, Wittfoth M, Frieling H, Ponseti J, Walter M, Walter H, et al. The neurobiology and psychology of pedophilia: recent advances and challenges. *Front Hum Neurosci*. 2015 Jun 24;9:344. doi: 10.3389/fnhum.2015.00344.

- 53) Cantor JM, Kabani N, Christensen BK, Zipursky RB, Barbaree HE, Dickey R, et al. Cerebral white matter deficiencies in pedophilic men. *J Psychiatr Res.* 2008 Feb;42(3):167-83.
- 54) Dyshniku F, Murray ME, Fazio RL, Lykins AD, Cantor JM. Minor physical anomalies as a window into the prenatal origins of pedophilia. *Arch Sex Behav.* 2015 Nov;44(8):2151-9. doi: 10.1007/s10508-015-0564-7.
- 55) Fazio RL, Dyshniku F, Lykins AD, Cantor JM. Leg Length Versus Torso Length in Pedophilia: Further Evidence of Atypical Physical Development Early in Life. *Sex Abuse.* 2017 Aug;29(5):500-514. doi: 10.1177/1079063215609936.
- 56) Cantor JM, Lafaille S, Soh DW, Moayedi M, Mikulis DJ, Girard TA. Diffusion Tensor Imaging of Pedophilia. *Arch Sex Behav.* 2015 Nov;44(8):2161-72.
- 57) Ristow I, Li M, Colic L, Marr V, Födisch C, Düring FV, et al. Pedophilic sex offenders are characterised by reduced GABA concentration in dorsal anterior cingulate cortex. *Neuroimage Clin.* 2018; 18: 335-341
- 58) Klöckner MS, Kirsten J, Kiehl KA et al. Widespread and interrelated gray matter reductions in child sexual offenders with and without pedophilia: evidence from a multivariate structural MRI study. *Psych and Clin Neurosciences.* 2021 Aug; 75(11):331-40. doi: 10.1111/pcn.13292
- 59) Schiffer B, Amelung T, Pohl A et al. Gray matter anomalies in pedophiles with and without a history of child sexual offending. *Transl Psychiatry.* 2017 Mar; e1129(7):1-9. doi:10.1038/tp.2017.96
- 60) Santtila P, Antfolk J, Räfså A, Hartwig M, Sariola H, Sandnabba NK, et al Characteristics of perpetrators of child sexual abuse men's sexual interest in children: one year incidence and correlates in a population_based sample of finnish male twins. *J. Child Sex. Abus.* 2015; 24:115-134.
- 61) Seto MC. *Pedophilia and sexual offending against children: theory, assessment, and intervention.* Washington, DC: American Psychological Association; 2008.
- 62) Beier KM. Preventing Child Sexual Abuse -The Prevention Project Dunkelfeld. *J Sex Med.* 2018 Aug;15(8):1065-1066. doi: 10.1016/j.jsxm.2018.03.008.
- 63) Beier KM, Grundmann D, Kuhle LF, Scherner G, Konrad A, Amelung T. The German Dunkelfeld project: a pilot study to prevent child sexual abuse and the use of child abusive images. *J Sex Med.* 2015 Feb;12(2):529-42. doi: 10.1111/jsm.12785.
- 64) Grønnerød C, Grønnerød JS, Grøndahl P. Psychological treatment of sexual offenders against children: a meta-analytic review of treatment outcome studies. *Trauma Violence Abuse.* 2015 Jul;16(3):280-90. doi: 10.1177/1524838014526043.
- 65) Turner D, Petermann J, Harrison K, Krueger R, Briken P. Pharmacological treatment of patients with paraphilic disorders and risk of sexual offending: An international perspective. *World J Biol Psychiatry.* 2017 Nov 17:1-10. doi: 10.1080/15622975.2017.1395069.
- 66) Seixas GCN. Do tratamento jurídico-penal aos denominados pedófilos: críticas e possibilidades. [monografia]. Juiz de Fora/MG: Faculdade de Direito. Universidade Federal de Juiz de Fora.UFJF; 2013.
- 67) Houtepen JA, Sijtsma JJ, Bogaerts S. Being sexually attracted to minors: sexual development, coping with forbidden feelings, and relieving sexual arousal in self-identified pedophiles. *J Sex Marital Ther.* 2016 Jan 2;42(1):48-69.
- 68) Blagden NJ, Mann R, Webster S, Lee R, Williams F. "It's not something i chose you know": making sense of pedophiles' sexual interest in children and the impact on their psychosexual identity. *Sex Abuse.* 2018 Sep;30(6):728-754. doi: 10.1177/1079063217697132.
- 69) Lee JK, Jackson HJ, Pattison P, Ward T. Developmental risk factors for sexual offending. *Child Abuse Negl.* 2002 Jan;26(1):73-92.

- 70) Secretaria de Vigilância em Saúde. Análise epidemiológica da violência sexual contra crianças e adolescentes no Brasil, 2011 a 2017. Boletim Epidemiológico. 2018 Jun;49(27):1-17. Disponível em: <https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/wp-content/uploads/2019/07/2018-024.pdf>
- 71) Beier KM, Ahlers CJ, Goecker D et al. Can pedophiles be reached for primary prevention of child sexual abuse? First results of the Berlin Prevention Project Dunkelfeld (PPD). The Journal of Forensic Psychiatry & Psychology. 2009 Aug;20(6):851-867. Doi: 10.1080/14789940903174188
- 72) Schuler MG, Schweder KW, von Heyden M, Beier KM. Characteristics of the users of troubled desire, a web-based self-management app for individuals with sexual interests in Children: Descriptive Analysis of Self-assessment data. JMIR mental health. 2021 Jul;8(2):e22277. doi: 10.2196/22277
- 73) Program for Primary Prevention of Sexual Violence. [homepage na internet] “Don’t offend – The India Network”. [acesso em 21 Mar 2021]. Disponível em: www.pppsv.org/treatment/
- 74) Kristufkova A, Pinto Da Costa M, Mintziori G, Vásquez JL, Aabakke AJM, Fode M. Sexual health during postgraduate training-european survey across medical specialties. Sex Med. 2018 Sep;6(3):255-262. doi: 10.1016/j.esxm.2018.04.001

ANEXO A - PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP (RESUMIDO)



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Estudo sobre Transtornos Parafilicos em Penitenciárias da Superintendência de Serviços de Penitenciários (SUSEPE) de Porto Alegre e Região Metropolitana

Pesquisador: Maria Ines Rodrigues Lobato

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 24600819.6.0000.5327

Instituição Proponente: Hospital de Clínicas de Porto Alegre

Patrocinador Principal: MINISTERIO DA CIENCIA, TECNOLOGIA E INOVACAO
Hospital de Clínicas de Porto Alegre

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 3.850.316

Apresentação do Projeto:

Parafilia refere-se a fantasias, impulsos ou comportamentos sexuais intensos e recorrentes em resposta a

Continuação do Parecer: 3.850.316

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

PORTO ALEGRE, 20 de Fevereiro de 2020

Assinado por:
Têmis Maria Félix
(Coordenador(a))

ANEXO B – COMPROVANTE DE SUBMISSÃO DO ARTIGO EM REVISTA

Aggression and Violent Behavior A Case Report of Negligent Care to Pedophilia and its Critical Consequences –Manuscript Draft–

Manuscript Number:	
Article Type:	Review article
Keywords:	Pedophilia, Hebephilia, Child Sexual Abuse, Patricide, Case Report, Prevention and Treatment Strategies
Corresponding Author:	Gabriel Furian, M.D. Universidade Federal do Rio Grande do Sul Porto Alegre, Rio Grande do Sul BRAZIL
First Author:	Gabriel Furian, M.D.
Order of Authors:	Gabriel Furian, M.D. Klaus Michael Beier, PhD Karine Schwarz, PostDoc Researcher Dhiordan Cardoso Silva, PhD Dorit Grundmann, PhD Maria Inês Rodrigues Lobato, PhD
Abstract:	The present paper focuses on the issue of pedophilia and child sexual abuse and the need for specific prevention and treatment strategies. For the protection of children and for reducing the risk for sexual offending in at-risk individuals it seems inevitable to increase awareness for this topic within the mental health care system. The main objective of this paper is to present a case report of XX, an individual that has been known to both medical-psychiatric and forensic facilities by an antecedent of patricide, but who only disclosed his pedophilic behaviors late in his life. XX is a middle-aged man who was admitted to an inpatient psychiatric unit for a severe episode of major depressive disorder and suicide risk. While he was recovering, XX reported pedophilic fantasies and behaviors during his life. To assess a pedophilic disorder and screen for other paraphilic contents, both a screening questionnaire and clinical interview were used for a proper evaluation of his sexual history and past offending behaviors. Sexual fantasies involving children and actual sexual offenses have remained unknown to mental health professionals and unreported to legal authorities. The case of XX alarmingly emphasizes the need for training of health care professionals and preventive strategies in Brazil for (potential) sexual offenders in a combined and intensive effort for the protection of children towards sexual offending.
Suggested Reviewers:	Danilo Antonio Balfieri, PhD Professor, Universidade Federal do ABC dbalfieri@uol.com.br Forensic psychiatrist - research in pedophilia, sex offenders, sexual violence Ricardo Barroso, PhD Professor, UTAD: Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro dbarroso@utad.pt research foci encompass various aspects of juvenile delinquency and sexual violence Vera Sigré-Leirós, PhD PostDoc researcher, University of Lausanne: Université de Lausanne vera.sigre.leiros@gmail.com research in conceptualization of aggressive sexual behavior, hypersexuality and sexual addiction. Joana Pereira Carvalho, PhD Professor, Universidade Do Porto joana.pereira.carvalho@gmail.com research in Clinical Sexology, Forensic Sexology, and Experimental Sex Research Angelo Brandelli Costa, PhD

Powered by Editorial Manager® and Production Manager® from Aries Systems Corporation

ANEXO C - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO

Nº do projeto GPPG ou CAAE: 24600819.6.0000.5327

Título do Projeto: Estudo Sobre Transtornos Parafílicos em Penitenciárias da Superintendências de Serviços Penitenciários (SUSEPE) de Porto Alegre e Região Metropolitana

Você está sendo convidado a participar de uma pesquisa cujo objetivo é avaliar a presença do diagnóstico de transtornos sexuais (também conhecidos como transtornos parafílicos) nos indivíduos que se encontram presos por motivo de crime envolvendo questões sexuais em penitenciárias da SUSEPE de Porto Alegre e Região Metropolitana. Esta pesquisa está sendo realizada pelo Programa de Pós-Graduação em Psiquiatria e Ciências do Comportamento da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS) e pelo Serviço de Psiquiatria do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA).

Se você aceitar participar da pesquisa, você será convidado a responder alguns questionários sobre a presença de transtornos parafílicos e também escalas para avaliação de outros transtornos psiquiátricos como ansiedade, transtorno obsessivo compulsivo (TOC), uso de drogas, transtornos de personalidade e também avaliação do nível de inteligência. Os questionários serão respondidos em dias e horários previamente agendados em acordo com a direção da Instituição. Os pesquisadores também terão acesso ao seu prontuário social envolvendo questões legais.

Os possíveis desconfortos decorrentes da participação na pesquisa são responder a quesitos do questionário sobre comportamento sexual que podem gerar algum constrangimento, tempo prolongado para responder o questionário e escalas para avaliação dos transtornos psiquiátricos informados anteriormente.

Não há garantia de que esta pesquisa, neste momento, traga algum benefício direto para os participantes envolvidos, mas poderá contribuir para o melhor entendimento do diagnóstico de transtornos parafílicos em indivíduos que estão presos por crimes sexuais. Os resultados desta pesquisa também poderão contribuir para o melhor entendimento deste transtorno e ajudar a pensar, futuramente, em possibilidades de tratamento.

Sua participação na pesquisa é totalmente voluntária, ou seja, não é obrigatória. Caso você decida participar ou mesmo não participar, ou ainda, desistir de participar e retirar seu consentimento, não haverá nenhuma consequência, nem benefícios nem prejuízos legais quanto à permanência e ao seu vínculo nessa instituição.

Não está previsto nenhum tipo de pagamento pela sua participação na pesquisa e você não terá nenhum custo com respeito aos procedimentos envolvidos.

Caso ocorra alguma intercorrência ou dano, resultante de sua participação na pesquisa, você receberá toda a assistência necessária, sem nenhum custo pessoal.

Os dados coletados durante a pesquisa serão sempre tratados confidencialmente. Os resultados serão apresentados de forma conjunta, sem a identificação dos participantes, ou seja, o seu nome não aparecerá na publicação dos resultados.

Caso você tenha dúvidas, poderá entrar em contato com a pesquisadora responsável Dr^a Maria Inês Rodrigues Lobato, pelo telefone 3359800/ 33085624 ou com o Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA), pelo telefone (51) 33597640, ou no 2º andar do HCPA, sala 2229, de segunda à sexta, das 8h às 17h.

Esse Termo é assinado em duas vias, sendo uma para o participante e outra para os pesquisadores.

Nome do participante da pesquisa

Assinatura

Nome do pesquisador que aplicou o Termo

Assinatura

Local e Data: _____

ANEXO D - Questionário para rastreamento de transtornos parafilicos baseado no *The Dunkelfeld Project*

Gostaríamos de saber algumas informações sobre sua educação, família, profissão e situações em que tem contato com crianças e ou adolescentes. Por favor, responda a todos os itens.

1.1 Qual a sua idade?

- 14-15 16-18 19-21 22-24 25-27 28-30 32-34 35-37
- 38-40 41-43 44-46 47-49 50-52 53-55 56-58 59-61
- 62-64 65-67 68-70 71-73 74-76 77-79 80-82 83-85
- 86-88 89-91

1.2 Qual é o seu gênero?

- Masculino
- Feminino
- Outro

1.3 Onde você mora?

- Capital do estado
- Cidade
- Fora da cidade e/ou zona rural

1.4 Qual é o seu maior nível educacional?

- Nenhum
- Conclusão do ensino fundamental
- Conclusão do ensino médio
- Curso técnico ou profissionalizante
- Graduação universitária

1.5 O que melhor descreve sua ocupação?

- Estagiário/estudante
- Dedicar-se exclusivamente ao trabalho doméstico
- Trabalhador em tempo integral
- Trabalhador meio turno
- Autônomo
- Desempregado
- Encostado
- Aposentado

1.6 Qual é seu estado conjugal?

- Casado
- Relação estável
- Relação aberta
- Solteiro

1.7 Em algum momento, você teve uma relação íntima com um adulto que durou pelo menos dois anos?

- Não
- Sim

1.8 Você está satisfeito(a) com suas relações íntimas?

- Não tenho relacionamento íntimo
- Não
- Sim

1.9 Você tem algum contato com crianças?

- Não
- Sim

1.9.1 Qual(ais) são as circunstâncias desse contato?

- O(s) próprios filho(s)
- No meio familiar
- No meio profissional
- Online (salas de chat, jogos, etc.)
- Outro. Especifique _____

1.10 Você inicia ou intencionalmente procura ter contato com crianças?

- Não
- Sim

1.11 Você é cuidador(a) de alguma criança(s)? (considere crianças com ou sem parentesco sanguíneo)

- Não
- Sim

Se sim:

1.11.1 Por favor, indique o número de crianças que vivem na sua casa

Número de crianças:

1.12 Como você mora?

- Divide casa com companheiro (a) esposo (a)
- Mora só
- Divide o apartamento com amigos
- Mora com pais ou irmãos
- Mora com os filhos
- Lares assistenciais (lares geriátricos, lares para cuidados de pessoas com deficiência)

1.13 Você tem religião?

Não

Sim

1.13.1 Indique sua religião (se tiver) ou vá para a próxima questão

Gostaríamos de saber sobre suas fantasias sexuais pois elas são importante fonte de informação.

Por favor, tente se concentrar nas suas fantasias nos momentos em que você se masturbou e nas imagens que surgiram na sua cabeça logo antes de alcançar o orgasmo (gozar).

ATENÇÃO: Não pense em suas preferências por pornografia ao responder aos itens, foque somente nas suas fantasias sexuais.

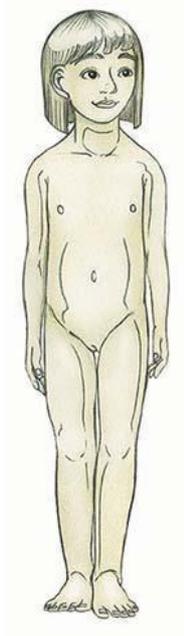
2.1 Nesta parte do questionário, você responderá a várias questões íntimas que contêm conteúdo sexual explícito. Você concorda em continuar?

Não

Sim

Meninas pré-adolescentes

As perguntas seguintes são focadas no desenvolvimento físico de crianças e no seu gênero correspondente. Durante a puberdade o corpo humano atravessa por muitas mudanças como as ilustradas nos desenhos. Os estágios de desenvolvimento vão de criança até a idade adulta.



2.2 Você acha meninas com corpo infantil/meninas com corpo pré-adolescente (sem pelos ou mamas) sexualmente excitantes?

Não

Sim

Se sim:

2.2.1 Essas fantasias de excitação sexual já duram pelo menos seis meses?

Não

Sim

2.2.2 Desde quando você acha essas fantasias sexualmente excitantes?

Desde a puberdade/minha primeira experiência sexual

Especifique a idade de início: _____ anos

2.2.3 Essa(s) fantasia(s) lhe causa(m) algum sofrimento?

Não

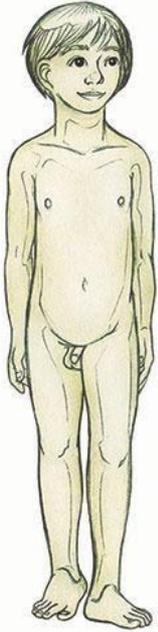
Sim

2.2.4 Esses desejos sexuais causam alguma dificuldade na sua vida profissional, social ou afetiva?

Não

Sim

Meninos pré-adolescentes



2.3 Você acha meninos/meninos com corpo pré-adolescente (sem pelos no pênis e no saco escrotal) sexualmente excitante?

- Não
- Sim

Se sim:

2.3.1 Essas fantasias de excitação sexual já duram pelo menos seis meses?

- Não
- Sim

2.3.2 Desde quando você acha essas fantasias sexualmente excitantes?

- Desde a puberdade /minha primeira experiência sexual
- Especifique a idade de início: _____anos

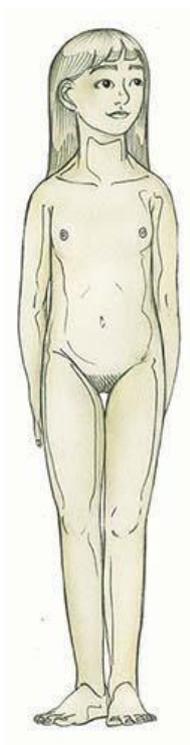
2.3.3 Essa(s) fantasia(s) lhe causa(m) algum sofrimento?

- Não
- Sim

2.3.4 Esses desejos sexuais causam alguma dificuldade na sua vida profissional, social ou afetiva?

- Não
- Sim

Meninas no início da adolescência:



2.4 Você acha meninas no início da adolescência (meninas com pelos púbicos em desenvolvimento e mamas pequenas) excitantes sexualmente?

- Não
 Sim

Se sim:

2.4.1 Essas fantasias de excitação sexual já duram pelo menos seis meses?

- Não
 Sim

2.4.2 Desde quando você acha essas fantasias sexualmente excitantes?

- Desde a puberdade /minha primeira experiência sexual
 Especifique a idade de início: _____ anos

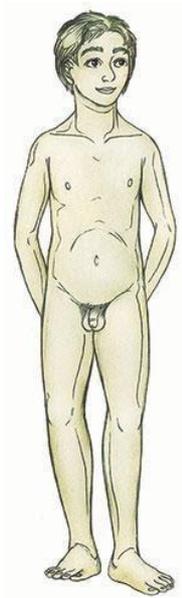
2.4.3 Essa(s) fantasia(s) lhe causa(m) algum sofrimento?

- Não
 Sim

2.4.4 Esses desejos sexuais causam alguma dificuldade na sua vida profissional, social ou afetiva?

- Não
- Sim

Meninos no início da adolescência:



2.5 Você acha meninos no início da adolescência (pelos, pênis e saco escrotal em desenvolvimento) excitantes sexualmente?

- Não
- Sim

Se sim:

2.5.1 Essas fantasias de excitação sexual já duram pelo menos seis meses?

- Não
- Sim

2.5.2 Desde quando você acha essas fantasias sexualmente excitantes?

- Desde a puberdade /minha primeira experiência sexual
- Especifique a idade de início: _____ anos

2.5.3 Essa(s) fantasia(s) lhe causa(m) algum sofrimento?

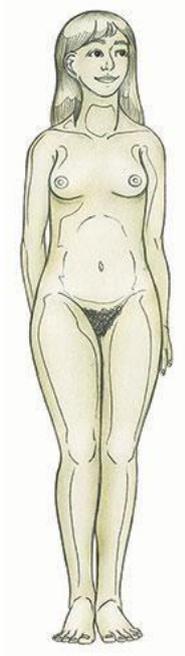
- Não
- Sim

2.5.4 Esses desejos sexuais causam alguma dificuldade na sua vida profissional, social ou afetiva?

- Não

Sim

Mulher adulta



2.6 Você acha mulher adulta (mulher com todo o corpo desenvolvido) excitante sexualmente?

Não

Sim

Se sim:

2.6.1 Essas fantasias de excitação sexual já duram pelo menos seis meses?

Não

Sim

2.6.2 Desde quando você acha essas fantasias sexualmente excitantes?

Desde a puberdade /minha primeira experiência sexual

Especifique a idade de início: _____anos

2.6.3 Essa(s) fantasia(s) lhe causa(m) algum sofrimento?

Não

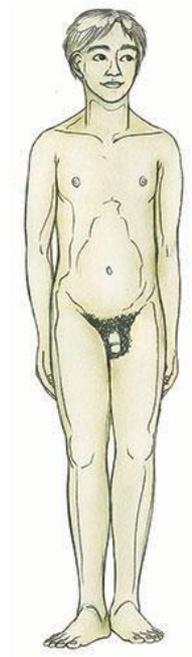
Sim

2.6.4 Esses desejos sexuais causam alguma dificuldade na sua vida profissional, social ou afetiva?

Não

Sim

Homem adulto



2.7 Você acha o corpo de um homem adulto (homem com todo o corpo desenvolvido) excitante sexualmente?

Não

Sim

2.7.1 Essas fantasias que o excitam sexualmente já duram pelo menos seis meses?

Não

Sim

2.7.2 Desde quando você acha essas fantasias sexualmente excitantes?

Desde a puberdade /minha primeira experiência sexual

Desde os meus _____ anos (especifique a idade)

2.7.3 Essa(s) fantasia(s) lhe causa(m) algum incômodo?

Não

Sim

2.7.4 Esses desejos sexuais causam alguma dificuldade na sua vida profissional, social ou afetiva?

Não

Sim

Interações com crianças

Agora gostaríamos de saber como são as suas fantasias sexuais com crianças ou pré-adolescentes/no início da adolescência ou adolescentes quando você se masturba.

Em minhas fantasias eu vejo...

2.8 ... uma ou mais criança(s) ou criança(s) no início da adolescência sem ter contato físico com elas. Elas fazem coisas típicas de crianças: jogam, brincam de casinha, etc.

- Não
 Sim

2.9 ... uma ou mais criança(s) ou criança(s) no início da adolescência sem ter contato físico com elas. Elas estão comportando-se de uma forma sexualmente provocativa /mostram o pênis / vagina ou bunda.

- Não
 Sim

2.10 ... uma ou mais criança(s) ou criança(s) no início da adolescência tendo atos sexuais entre elas.

- Não
 Sim

Se sim:

2.10.1 Por favor, especifique
(é possível marcar mais de uma resposta)

- Criança(s) ou criança(s) no início da adolescência estão se tocando/acariciando uma(s) à(s) outra(s)
 Criança(s) ou criança(s) no início da adolescência está(ão) se masturbando
 Criança(s) ou criança(s) no início da adolescência está(ão) se masturbando uma(s) à(s) outra(s)
 Criança(s) ou criança(s) no início da adolescência está(ão) fazendo sexo oral, vaginal ou anal

2.11 ...uma ou mais criança(s) ou criança(s) no início da adolescência tendo atos sexuais com você ou outros adultos.

- Não
 Sim

2.11.1 Por favor, especifique
(é possível marcar mais de uma resposta)

- Eu (ou outro adulto) e criança(s) ou criança(s) no início da adolescência estamos(estão) se tocando/acariciando um(uns) ao(s) outro(s)
- Eu (ou outro adulto) e criança(s) ou criança(s) no início da adolescência estamos(estão) se masturbando
- Eu (ou outro adulto) e criança(s) ou criança(s) no início da adolescência estamos(estão) se masturbando um(uns) ao(s) outro(s)
- Eu (ou outro adulto) e criança(s) ou criança(s) no início da adolescência estamos(estão) fazendo sexo oral, vaginal ou anal

2.12 ... uma ou mais criança(s) ou criança(s) no início da adolescência fazendo sexo com animais ou sendo machucadas violentamente ou sendo mortas?

- Não
- Sim

Objetos e materiais

Gostaríamos de saber sobre suas fantasias sexuais e seus desejos.

2.13 Você acha alguns objetos ou materiais (por exemplo: sapatos, meias, roupas íntimas, couro, etc.) tão sexualmente excitantes a ponto de precisar deles para se excitar sexualmente?

- Não
- Sim

Se sim:

2.13.1 Essas fantasias de excitação sexual já duram pelo menos seis meses?

- Não
- Sim

2.13.2 Que tipo de objeto ou material exatamente lhe excita:

2.13.3 Desde quando você acha essas fantasias sexualmente excitantes?

- Desde a puberdade /minha primeira experiência sexual
- Desde os meus _____ anos (especifique a idade)

2.13.4 Essa(s) fantasia(s) lhe causa(m) algum incômodo?

- Não
- Sim

2.13.5 Esses desejos sexuais causam alguma dificuldade na sua vida profissional, social ou afetiva?

- Não
- Sim

2.14 Você acha sexualmente excitante usar roupas típicas de outro gênero (homens: calcinhas, sutiãs, meias etc. / mulheres: cuecas etc.)?

- Não
 Sim

2.14.1 Essas fantasias de excitação sexual já duram pelo menos seis meses?

- Não
 Sim

2.14.2 Desde quando você acha essas fantasias sexualmente excitantes?

- Desde a puberdade /minha primeira experiência sexual
 Desde os meus _____ anos (especifique a idade)

2.14.3 Essa(s) fantasia(s) lhe causa(m) algum incômodo?

- Não
 Sim

2.14.4 Esses desejos sexuais causam alguma dificuldade na sua vida profissional, social ou afetiva?

- Não
 Sim

2.15 Você acha sexualmente excitante se seu companheiro(a) exerce poder ou exerce domínio sobre você? Por exemplo, seu/sua parceiro(a) o (a) amarrar, machucar e mesmo assim você se submeter a ele(a)?

- Não
 Sim

2.15.1 Essas fantasias de excitação sexual já duram pelo menos seis meses?

- Não
 Sim

2.15.2 Desde quando você acha essas fantasias sexualmente excitantes?

- Desde a puberdade /minha primeira experiência sexual
 Desde os meus _____ anos (especifique a idade)

2.15.3 Essa(s) fantasia(s) lhe causa(m) algum incômodo?

- Não
 Sim

2.15.4 Esses desejos sexuais causam alguma dificuldade na sua vida profissional, social ou afetiva?

- Não
- Sim

2.16 Você acha sexualmente excitante quando você exerce poder sobre alguém? Por exemplo: dominar, amarrar ou machucar seu/sua parceiro(a)?

- Não
- Sim

2.16.1 Essas fantasias de excitação sexual já duram pelo menos seis meses?

- Não
- Sim

2.16.2 Desde quando você acha essas fantasias sexualmente excitantes?

- Desde a puberdade /minha primeira experiência sexual
- Desde os meus _____ anos (especifique a idade)

2.16.3 Essa(s) fantasia(s) lhe causa(m) algum incômodo?

- Não
- Sim

2.16.4 Esses desejos sexuais causam alguma dificuldade na sua vida profissional, social ou afetiva?

- Não
- Sim

2.17 Você se excita sexualmente assistindo a outras pessoas em situações íntimas - por exemplo, tomando banho, trocando de roupas ou fazendo sexo - sem que elas saibam que você está olhando, ou você procura situações ou lugares que possam tornar isso possível?

- Não
- Sim

2.17.1 Essas fantasias de excitação sexual já duram pelo menos seis meses?

- Não
- Sim

2.17.2 Desde quando você acha essas fantasias sexualmente excitantes?

- Desde a puberdade /minha primeira experiência sexual
- Desde os meus _____ anos (especifique a idade)

2.17.3 Essa(s) fantasia(s) lhe causa(m) algum incômodo?

- Não
- Sim

2.17.4 Esses desejos sexuais causam alguma dificuldade na sua vida profissional, social ou afetiva?

Não

Sim

2.18 Você se excita sexualmente quando mostra seu pênis em público (por exemplo em frente a um homem, mulher ou crianças)? Você costuma se masturbar nessas ocasiões?

Não

Sim

2.18.1 Essas fantasias de excitação sexual já duram pelo menos seis meses?

Não

Sim

2.18.2 Desde quando você acha essas fantasias sexualmente excitantes?

Desde a puberdade /minha primeira experiência sexual

Desde os meus_____anos (especifique a idade)

2.18.3 Essa(s) fantasia(s) lhe causa(m) algum incômodo?

Não

Sim

2.18.4 Esses desejos sexuais causam alguma dificuldade na sua vida profissional, social ou afetiva?

Não

Sim

2.19 Você se excita sexualmente ao se esfregar em outra(s) pessoa(s) sem o consentimento dela(s) em público ou no meio de uma multidão?

Não

Sim

2.19.1 Essas fantasias de excitação sexual já duram pelo menos seis meses?

Não

Sim

2.19.2 Desde quando você acha essas fantasias sexualmente excitantes?

Desde a puberdade /minha primeira experiência sexual

Desde os meus_____anos (especifique a idade)

2.19.3 Essa(s) fantasia(s) lhe causa(m) algum incômodo?

Não

Sim

2.19.4 Esses desejos sexuais causam alguma dificuldade na sua vida profissional, social ou afetiva?

Não

Sim

2.20 Você se excita sexualmente tocando nos genitais de estranhos (por exemplo, mulheres, homens ou crianças) (mamas, vagina, pênis, bunda)?

Não

Sim

2.20.1 Essas fantasias de excitação sexual já duram pelo menos seis meses?

Não

Sim

2.20.2 Desde quando você acha essas fantasias sexualmente excitantes?

Desde a puberdade /minha primeira experiência sexual

Desde os meus _____ anos (especifique a idade)

2.20.3 Essa(s) fantasia(s) lhe causa(m) algum incômodo?

Não

Sim

2.20.4 Esses desejos sexuais causam alguma dificuldade na sua vida profissional, social ou afetiva?

Não

Sim

2.21 Você acha uma parte específica do corpo, excluindo a genitália, especialmente excitante sexualmente - por exemplo, cabelo, pés, umbigo, barriga, ânus, axila, braços, etc.?

Não

Sim

2.21.1 Essas fantasias de excitação sexual já duram pelo menos seis meses?

Não

Sim

2.21.2 Qual(is) dessa(s) parte(s) do corpo exatamente lhe excita:

2.21.3 Desde quando você acha essas fantasias sexualmente excitantes?

Desde a puberdade /minha primeira experiência sexual

Desde os meus _____ anos (especifique a idade)

2.21.4 Essa(s) fantasia(s) lhe causa(m) algum incômodo?

Não

Sim

2.21.5 Esses desejos sexuais causam alguma dificuldade na sua vida profissional, social ou afetiva?

Não

Sim

2.22 Existem práticas específicas que você acha especialmente excitante como fazer sexo com máscara, estrangulamento, fraldas, peidos, urina, fezes ou outras?

Não

Sim

2.22.1 Essas fantasias de excitação sexual já duram pelo menos seis meses?

Não

Sim

2.22.2 Qual(is) dessa(s) prática(s) exatamente o excita(m):

2.22.3 Desde quando você acha essas fantasias sexualmente excitantes?

Desde a puberdade /minha primeira experiência sexual

Desde os meus _____ anos (especifique a idade)

2.22.4 Essa(s) fantasia(s) lhe causa(m) algum incômodo?

Não

Sim

2.22.5 Esses desejos sexuais causam alguma dificuldade na sua vida profissional, social ou afetiva?

Não

Sim

2.23 Você **apenas** se excita sexualmente se a pessoa tiver características como tatuagem, piercing, corpo peludo, corpo muito musculoso, obeso, com cicatriz, com machucados, amputações, próteses, deficiências ou outras?

Não

Sim

2.23.1 Essas fantasias de excitação sexual já duram pelo menos seis meses?

Não

Sim

2.23.2 Qual(is) dessa(s) característica(s) exatamente lhe excita:

2.23.3 Desde quando você acha essas fantasias sexualmente excitantes?

Desde a puberdade /minha primeira experiência sexual

Desde os meus _____ anos (especifique a idade)

2.23.4 Essa(s) fantasia(s) lhe causa(m) algum incômodo?

- Não
- Sim

2.23.5 Esses desejos sexuais causam alguma dificuldade na sua vida profissional, social ou afetiva?

- Não
- Sim

2.24 Existe algum (a) “parceiro” sexual específico que você acha sexualmente excitante, como fazer sexo com animais, cadáveres, bebês, etc.?

- Não
- Sim

2.24.1 Essas fantasias de excitação sexual já duram pelo menos seis meses?

- Não
- Sim

2.24.2 O quê ou quem exatamente lhe excita?

2.24.3 Desde quando você acha essas fantasias sexualmente excitantes?

- Desde a puberdade /minha primeira experiência sexual
- Desde os meus _____anos (especifique a idade)

2.24.4 Essa(s) fantasia(s) lhe causa(m) algum incômodo?

- Não
- Sim

2.24.5 Esses desejos sexuais causam alguma dificuldade na sua vida profissional, social ou afetiva?

- Não
- Sim

2.25 Alguém sabe sobre suas preferências sexuais ou você já conversou com alguém sobre elas?

- Não
- Sim

Se resposta sim:

2.25.1 Quais pessoas sabem sobre sua preferência sexual?

- Familiares
- Conhecidos, amigos
- Terapeuta, médico, professor, etc.

2.25.2 Sobre quais aspectos das suas preferências sexuais você falou?

Temos interesse em saber sobre o material que você usa enquanto se masturba como revistas, vídeos, fotos, pornografia

3.1 Você olha fotos enquanto se masturba (revistas, vídeos, fotos, desenhos, pornografia etc)?

- Nunca olhei
- Já olhei no passado
- Olhava no passado e continuo olhando
- Olhei nesta semana

3.2 Em algum momento da sua vida você usou material (fotos, vídeos, animações, desenhos, textos) de criança(s) ou criança(s) no início da adolescência para ficar excitado sexualmente?

- Não
- Sim

Se resposta sim:

3.2.1 Com que frequência você olha fotos ou vídeos de criança(s) ou criança(s) no início da adolescência para ficar excitado sexualmente (por exemplo, brincando, jogando bola etc)?

- Todos os dias
- Toda semana
- Todo mês
- Uma ou duas vezes por semana
- Menos de uma vez por ano

3.3 Este material que você utilizou é de criança(s) ou criança(s) no início da adolescência que estão vestidas ou em poses não sexuais?

- Não
- Sim

3.4 Esse material que você utilizou é de criança(s) ou criança(s) no início da adolescência que estão pouco vestidas (por exemplo, roupas íntimas ou nuas mas de um jeito não provocativo, ou seja, brincando, jogando bola)?

- Não
- Sim

3.5 Esse material que você utilizou é de criança(s) ou criança(s) no início da adolescência que estão vestidas ou pouco vestidas (por exemplo, com roupas íntimas) ou nuas em poses provocativas sexualmente?

- Não
- Sim

3.6 Esse material que você utilizou são imagens que mostram de perto a área genital/anal de criança(s) ou criança(s) no início da adolescência?

- Não
- Sim

3.7 Esse material que você utilizou são imagens de ato sexual entre criança(s) ou criança(s) no início da adolescência?

- Não
- Sim

Se resposta sim:

3.7.1 Eu já fiz uso de imagens de criança(s) ou criança(s) no início da adolescência em que elas se tocavam uma(s) à(s) outra(s); masturbavam-se sozinhas; masturbavam-se uma(s) à(s) outra(s); faziam sexo oral/vaginal/anal.

- Não
- Sim

3.8 Esse material que você utilizou são imagens de ato sexual entre um adulto e criança(s) ou criança(s) no início da adolescência.

- Não
- Sim

Se resposta sim:

3.8.1 Eu já usei imagens de um adulto e criança(s) ou criança(s) no início da adolescência em que: se tocavam/ masturbavam-se sozinhos / masturbavam-se uns aos outros / faziam sexo oral, vaginal ou anal; incluíam violência/animais/morte etc.

- Não
- Sim

Quais das seguintes categorias de imagens de criança(s) e/ou crianças no início da adolescência você fez uso nos últimos seis meses?

3.9 Criança(s) ou criança(s) no início da adolescência em que elas estavam vestidas / imagens não sexualizadas.

- Não
- Sim

3.10 Criança(s) ou criança(s) no início da adolescência pouco vestidas (por exemplo, com roupas íntimas ou até nuas mas de forma não sexualizada).

- Não
- Sim

3.11 Criança(s) ou criança(s) no início da adolescência em que estavam vestidas, pouco vestidas (por exemplo, com roupas íntimas) ou nuas em poses eróticas/excitantes/provocativas.

- Não
- Sim

3.12. Imagens que mostravam de perto a área genital/ anal de criança(s) ou criança(s) no início da adolescência.

- Não
- Sim

3.13 Atos sexuais entre criança(s) ou criança(s) no início da adolescência.

- Não
- Sim

Se resposta sim:

3.13.1 Eu já usei imagens de crianças e ou pré-adolescentes em que eles estavam... (mais de uma resposta é possível).

- Tocando-se uns aos outro(s)
- Masturbando-se sozinho (s)
- Masturbando-se um(uns) ao(s) outro(s)
- Fazendo sexo oral/vaginal/anal

3.14 Eu já usei imagens que mostravam atos sexuais com criança(s) ou criança(s) no início da adolescência e adulto(s).

- Não
- Sim

Se resposta sim:

3.14.1 Eu já fiz uso de imagens de adulto(s) e crianças ou criança(s) no início da adolescência em que elas estavam... (mais de uma resposta é possível).

- Tocando-se um(uns) ao(s) outro(s)
- Masturbando-se sozinho(s)
- Masturbando-se um(s) ao(s) outro(s)
- Fazendo sexo oral/vaginal/anal
- Incluía violência/animais/morte

3.15 Que idade você tinha quando você fez uso pela primeira vez de imagens de crianças ou criança(s) no início da adolescência para se excitar sexualmente/ se masturbar?

Anos ____

Favor, indique um número do seguinte modo: 1 - 99

3.16 Qual imagem de crianças ou criança(s) no início da adolescência você já fez uso, além de fotos/vídeos já mencionados antes?

- Textos que descrevem atos sexuais

- () Imagens/vídeos contendo atos sexuais com pessoas desenhadas (por exemplo, mangás, *cartoons*, quadrinhos etc)
- () Material que você editou por conta (por exemplo, incluiu ou removeu conteúdo, fez colagens etc)
- () Material que você desenhou por conta (desenhos, pinturas etc)
- () Nenhuma outra representação

3.17 Você possui ou coleciona fotos e/ou vídeos de crianças ou criança(s) no início da adolescência que você faz uso para se excitar sexualmente ou se masturbar (por exemplo, arquivos que você salvou no seu computador, fitas de vídeos, revistas, DVDs, livros etc.)?

- () Não
- () Sim

Se resposta sim:

3.17.1 Por favor, especifique a quantidade estimada

Número de fotos/vídeos: _____

Gostaríamos de saber agora que tipo de contato você tem ou teve com crianças.

3.18 Você já teve em contato com autoridades legais por possuir/usar/distribuir tais materiais (a dita pornografia infantil)?

- () Não
- () Sim, já fui ou estou sendo processado(a)
- () Sim, já fui julgado(a)

3.19 Eu entrei em contato com crianças fora de contextos sexuais, por exemplo, nas escolas, no trabalho, com amigos, parentes ou vizinhos.

- () Nunca entrei em contato
- () Já entrei em contato no passado
- () Entrava em contato no passado e continuo entrando em contato
- () Entrei em contato nesta semana

3.20 Eu já observei/olhei crianças em fotografias, filmes, playgrounds, sem nenhuma tentativa de ato sexual.

- () Nunca olhei
- () Já olhei no passado
- () Olhava no passado e continuo olhando
- () Olhei nesta semana

3.21 Eu tive contatos físicos com uma criança para me excitar sexualmente, por exemplo, limpando/lavando elas, fazendo carinho, passando creme.

- Nunca tive contato
- Já tive no passado
- Tive no passado e continuo tendo
- Tive nesta semana

3.22 Eu olhei crianças em situações íntimas para ficar excitado(a) sexualmente:

- Nunca olhei
- Já olhei no passado
- Olhava no passado e continuo olhando
- Olhei nesta semana

3.23 Eu tirei fotos ou gravei vídeos de crianças em situações íntimas (da área genital ou anal visível/sexo vaginal, oral, anal entre crianças ou com um adulto etc) para me excitar sexualmente.

- Nunca fiz isso
- Já fiz no passado
- Fiz no passado e continuo fazendo
- Fiz nesta semana

3.24 Eu me envolvi sexualmente com uma criança das seguintes formas: tirando fotos, fazendo vídeos pelados, assistindo juntos à pornografia, conversando sobre sexo (*on line* ou real) etc.

- Nunca me envolvi
- Me envolvi no passado
- Já me envolvi no passado e continuo me envolvendo
- Me envolvi nesta semana

3.25 Eu fiz uma criança realizar atos sexuais, seja nela própria ou com alguma outra criança, enquanto eu ficava observando.

- Nunca fiz isso
- Já fiz no passado
- Fiz no passado e continuo fazendo
- Fiz isso nesta semana

3.26 Eu já me comportei de forma sexualizada na presença de uma criança, por exemplo, eu mostrei minha genitália, eu me toquei ou me masturbei na presença de um criança etc.

- Nunca me comportei assim
- Já tive esse comportamento no passado
- Já tive esse comportamento no passado e continuo tendo
- Comportei-me dessa forma nesta semana

3.27 Eu toquei a genitália ou a bunda de uma criança para ficar sexualmente excitado.

- Nunca fiz isso
- Já fiz no passado
- Fiz no passado e continuo fazendo

Fiz isso nesta semana

3.28 Eu já estimei de forma oral a genitália e/ou bunda de uma criança (eu lambi/beije a genitália ou bunda de uma criança)

Nunca fiz isso

Já fiz no passado

Fiz no passado e continuo fazendo

Fiz isso nesta semana

3.29 Eu fiz uma criança transar comigo

Nunca fiz isso

Já fiz no passado

Fiz no passado e continuo fazendo

Fiz isso nesta semana

3.30 Eu coloquei meu pênis dentro da boca de uma criança/ Eu fiz uma criança beijar ou lambe minha vagina.

Nunca fiz isso

Já fiz no passado

Fiz no passado e continuo fazendo

Fiz isso nesta semana

3.31 Eu já botei meus dedos, pênis ou um objeto dentro do ânus ou vagina de uma criança.

Nunca fiz isso

Já fiz no passado

Fiz no passado e continuo fazendo

Fiz isso nesta semana

3.32 Eu fiz uma criança ter sexo com um animal / Eu machuquei uma criança violentamente / Eu matei uma criança etc.

Nunca fiz isso

Já fiz no passado

Fiz no passado e continuo fazendo

Fiz isso nesta semana

3.33 Com quem você já se envolveu de forma sexual? (ex., tirou fotos “nudes”, observou crianças em situações íntimas, realizou atos sexuais com crianças ou realizou atos sexuais na presença de uma criança, etc)?

(mais de uma resposta é possível)

Dentro da minha família. Favor, indique quantas vezes

- Fora da minha família. Favor, indique quantas vezes
- Nenhuma

3.34 Com quantas crianças você já teve contato sexual? _____(indicar o número)

Dessas crianças, quantas são de sua família? _____

Dessas crianças, quantas são fora de sua família, mas conhecida(s)? _____

Dessas crianças, quantas eram completamente desconhecida(s)? _____

3.35 Que idade você e a criança tinham quando esses atos sexuais se realizaram?

Favor, indicar a sua idade quando teve ato sexual. _____ anos.

Favor, indicar a variação da idade da criança. De _____ a _____ anos.

Favor indicar o número da seguinte forma: 1 - 99

3.36 As crianças foram/são:

- Na maioria meninos
- Na maioria meninas
- Igualmente meninos e meninas

3.37 Minha relação com essas crianças era/é: (mais de uma resposta é possível)

- Irmão/irmã
- Meio-irmão / meia-irmã
- Amigo
- Treinador
- Pai/ mãe / padrasto / madrasta / pai adotivo / mãe adotiva
- Parente
- Cuidador
- Professor
- Vizinho
- Conhecido
- Médico, terapeuta, outro profissional de saúde
- Padre
- Estranho

3.38 O que você fez com essa(s) criança(s) lhe causa sofrimento agora?

- Não
- Sim

3.39 Você já teve contato com as autoridades legais por abuso sexual de crianças?

- Não
- Sim. Já fui/ estou sendo processado
- Sim. Já fui julgado

3.40 Você já foi uma vítima de abuso sexual? (mais de uma resposta é possível)

- Sim, por um familiar
- Sim, por uma pessoa que não era meu familiar
- Não

Se OPÇÃO 1 ou 2:

3.40.1 **Na sua família.** Quantas vezes você foi vítima de abuso sexual na sua família?

Número de vezes: _____

Favor indicar a variação da idade com que aconteceu: de _____ a _____ anos.

3.40.2 **Fora da sua família.** Quantas vezes você foi vítima de abuso sexual fora da sua família?

Número de vezes: _____

Favor indicar a variação de idade: de _____ a _____ anos.

ANEXO E – ‘SCORES’ RELATIVO AO CASO ESTUDADO

Item	Itens	Dimensão		XX
1	1-13	Identificação	Idade Genero Educação E.Conj Exp. Rel.p Statif Rel Contato Crianças Circ. Contato Cr. Intenção Contato Cuidador Crianças N Crianças Religião	Meia idade Masculino EF incompleto Solteiro Não Não se aplica Sim Vizinhança Sim Não 0 Católico
2,2	1-4	Menina PréPub	Excit Início 6m Início Excit Sofrimento Efeito Vida P/S	Sim Sim 15 anos Sim Sim
2.3	1-4	Menino PréPub	Excit Início 6m Início Excit Sofrimento Efeito Vida P/S	Não Não Não Não Não
2.4	1-4	Menina Púbere	Excitação Início > 6m Idade Início Excit Sofrimento Efeito Vida P/S	Sim Sim Sim Sim Sim
2.5	1-4	Menino Púbere	Excitação Início >6m Idade Início Excit Sofrimento Efeito Vida P/S	Não Não Não Não Não
2.6	1-4	Mulher Adulta	Excitação Início >6m Idade Início Excit Sofrimento Efeito Vida P/S	Sim Sim 15 anos Não Não
2.7	1-4	Homem Adulto	Excitação Início >6m Idade Início Excit Sofrimento Efeito Vida P/S	Não Não Não Não Não
2.8	2-25	Fantacias (detalhamento abaixo)	Itens 2.19 e 2.21	Sim
3	1-40	Material Pornográfico		

2. Detalhamento das fantasias: "em minhas fantasias eu vejo..."		
2.8	Fazem coisas típicas de crianças: jogam, brincam de casinha, etc. Sim	Sim
2.9	Comportam-se de forma provocativa. Sim	Sim
2.10	Atos sexuais entre elas. Sim	Sim
2.11	Atos entre você e criança.	Não

2.12	Masturbando-se, sexo oral, vaginal anal com animais machucadas mortas Não	Não
2.13	Sapatos, meias, roupas íntimas, couro, etc sexualmente excitantes . Não	Não
2.14	Uso roupas outro gênero (homens: calcinhas, sutiãs, meias etc. / mulheres: cuecas etc.)? Não	Não
2.15	Companheiro(a) exerce poder domínio: amarrar, machucar e você se submete. Não	Não
2.16	Exerce poder sobre alguém: dominar, amarrar ou machucar seu/sua parceiro(a)? Não	Não
2.17	Assistindo a outras pessoas em situações íntimas sem que elas saibam. Não	Não
2.18	Mostra seu pênis em público. Não	Não
2.19	Esfregar-se em outra(s) pessoa(s) sem o consentimento dela(s) em público. Sim	Sim
2.19.1	Duram pelo menos seis meses? Sim	Sim
2.19.2	Desde quando. 16 anos	16 anos
2.19.3	Incômodo? Sim	Sim
2.19.4	Dificuldade na sua vida profissional, social ou afetiva? Não	Sim
2.20	Tocando nos genitais de estranhos (mamas, vagina, pênis, bunda)? Não	Não
2.21	Parte específica do corpo, excluindo a genitália, especialmente excitante sexualmente. Sim.	Sim
2.21.1	Duram pelo menos seis meses? Sim.	Sim
2.21.2	Qual(is) dessa(s) parte(s) do corpo:	Nádegas
2.21.3	Desde quando. 15 anos.	15 anos
2.21.4	Incômodo? Não.	Não
2.21.5	Dificuldade na sua vida profissional, social ou afetiva?	Não
2.22	Existem práticas específicas sexo máscara, estrangulamento, fraldas, peidos, urina, fezes . Não.	Não
2.23	Excita sexualmente tatuagem, piercing, corpo peludo, corpo muito musculoso, obeso, com cicatriz, com machucados, amputações, próteses, deficiências .. Não.	Não
2.24	“Parceiro” sexual específico sexo com animais, cadáveres, bebês, etc.? Não.	Não
2.25	Alguém sabe sobre suas preferências sexuais. Sim.	Sim
2.25.1	Quais pessoas Familiares Conhecidos, amigos Terapeuta, médico, professor, etc.	Amigos
2.25.2	Sobre quais aspectos das suas preferências sexuais você falou?	Atração por crianças

3. material que usa enquanto se masturba como revistas, vídeos, fotos, pornografia		
3.1	Fotos enquanto se masturba (revistas, vídeos, fotos, desenhos, pornografia etc)?	Sim (no passado)
3.2	Usou no início da adolescência para ficar excitado sexualmente?	Não
3.2.1	Frequência Todos os dias/semana/ mês /1-2 vezes por semana <1 por ano	Não se aplica
3.3	Criança(s) ou criança(s) início adolescência vestidas ou poses não sexuais?	Não
3.4	Criança(s) ou início adolescência pouco vestidas	Não
3.5	Criança(s) ou início adolescência vestidas/ pouco vestidas poses provocativas	Não
3.6	Imagens que mostram de perto a área genital/anal	Não
3.7	Imagens de ato sexual entre criança(s) ou criança(s) no início da adolescência?	Não

3.7,1	Imagens se tocavam uma(s) à(s) outra(s); masturbavam-se sozinhas; masturbavam-se uma(s) à(s) outra(s); faziam sexo oral/vaginal/anal.	Não
3.8	Imagens de ato sexual entre um adulto e criança(s) ou criança(s) no início da adolescência.	Não
3.8.1	Imagens: se tocavam/ masturbavam-se sozinhos / masturbavam-se uns aos outros / faziam sexo oral, vaginal ou anal; incluíam violência/animais/morte etc.	Não
Categorias de imagens de criança(s) e/ou crianças início adolescência últimos seis meses:		
3.9	Vestidas / imagens não sexualizadas.	Não
3.10	Pouco vestidas (roupas íntimas ou nuas de forma não sexualizada).	Não
3.11	Estavam vestidas, pouco vestidas ou nuas poses eróticas/excitantes/provocativas.	Não
3.12	Área genital/ anal.	Não
3.13	Atos sexuais	Não
3.13.1	Imagens Tocando-se Masturbando-se Fazendo sexo oral/vaginal/anal	Não
3.14	Imagens atos sexuais	Não
3.14.1	Imagens tocando-se masturbando-se sozinho(s)/outro(s) sexo oral/ vaginal/anal violência/animais/morte	Não
3.15	Idade primeira vez excitar sexualmente/ se masturbar? Anos: 1 - 99	Não
3.16	Qual imagem além de fotos/vídeos já mencionados antes?	Não
3.17	Possui coleção fotos /vídeos para se excitar se masturbar	Não
3.17.1	Quantidade estimada Número de fotos/vídeos: _____	Não
Tipo de contato que tem ou teve com crianças		
3.18	Contato com autoridades legais por possuir/usar/distribuir tais materiais (a dita pornografia infantil)? já fui ou estou sendo processado(a julgado(a)	Não
3.19	Contato com crianças fora de contextos sexuais, por exemplo, nas escolas, no trabalho, com amigos, parentes ou vizinhos.	No passado e continua
3.20	Observei/olhei crianças em fotografias, filmes, playgrounds, sem tentativa de ato sexual.	No passado e continua
3.21	Contatos físicos com uma criança para excitar sexualmente, limpando/lavando elas, fazendo carinho, passando creme.	No passado
3.22	Olhei crianças em situações íntimas para ficar excitado(a) sexualmente:	Nunca
3.23	Fotos vídeos crianças situações íntimas (da área genital ou anal visível/sexo vaginal, oral, anal entre crianças ou com um adulto etc) para me excitar sexualmente.	Nunca
3.24	Me envolvi sexualmente: tirando fotos, fazendo vídeos pelados, assistindo pornografia, conversando sobre sexo (on line ou real) etc.	Nunca
3.25	Fiz uma criança realizar atos sexuais, enquanto eu ficava observando.	Nunca
3.26	Me comportei de forma sexualizada na presença de uma criança	No passado
3.27	Toquei a genitália ou a bunda de uma criança para ficar sexualmente excitado.	No passado
3.28	Estimulei de forma oral a genitália e/ou bunda de uma criança	Nunca
3.29	Fiz uma criança transar comigo	Nunca
3.30	Coloquei meu pênis dentro da boca de uma criança/ Eu fiz beijar lamber	Nunca
3.31	Botei dedos, pênis ou um objeto dentro do ânus ou vagina de uma criança.	No passado
3.32	Fiz criança ter sexo com um animal / machuquei violentamente / matei criança etc.	Nunca

3.33	Fotos “nudes”, situações íntimas, atos sexuais atos sexuais na presença de criança	Não
3.34	Quantas crianças já teve contato sexual? da família? conhecida(s) desconhecida(s)	20 familiares e conhecidas) (2)
3.35	Idade você e a criança tinham quando esses atos sexuais se realizaram? idade 1 - 99	XX - 15-33 anos Crianças 3-10ª
3.36	Crianças meninos meninas Iguamente meninos e meninas	Meninas
3.37	Relação Irmão/irmã; Meio-irmão -irmã; Amigo; Treinador; Pai/mãe /padrasto / madrasta / pai adotivo / mãe adotiva; Parente; Cuidador; Professor; Vizinho; Conhecido; Médico, terapeuta, outro profissional de saúde; Padre; Estranho	Vizinho, conhecido
3.38	Causa sofrimento agora?	Sim
3.39	Contato com autoridades legais por abuso sexual de crianças?	Não
3.40	Vítima de abuso sexual? por um familiar, por não familiar	Sim
3.40.1	Você foi vítima de abiso na sua família. Quantas vezes idade: de ____a____anos.	Não se aplica
3.40.2	Fora da família. Quantas vezes Número de vezes: de ____a ____	Não se aplica

ANEXO F - PARTICIPAÇÃO NO INTERNATIONAL WORKSHOP OF THE PREVENTION NETWORK “DON’T OFFEND”

Institute of Sexology and Sexual Medicine



Institute of Sexology and Sexual Medicine, Charité – Universitätsmedizin Berlin, Luisenstraße 57, D-10117 Berlin

CERTIFICATION LETTER

This certify the participation of

Gabriel Furian

at the INTERNATIONAL WORKSHOP OF THE
PREVENTION NETWORK “DON’T OFFEND”
on the 27th - 29th of September 2019.

Berlin, 30th of September 2019

Regards,
Hannes Ulrich, M.Sc.

*Organization committee
Institute of Sexology and Sexual Medicine,
Charité – Universitätsmedizin Berlin*

CHARITÉ CAMPUS L
UNIVERSITÄTSMEDIZIN BERLIN
Institut für Sexualwissenschaft und Sexualmed
Direktor: Prof. Dr. med. Dr. phil. K. M. Beier
Luisenstraße 57 | D-10117 Berlin
Telefon: (030) 450 - 52 93 02
Telefax: (030) 450 - 52 99 92

**TROUBLED
DESIRE**

**kein Täter
werden**
PRÄVENTIONSTEAM