

PARAFILIAS, PEDOFILIA E INTERVENÇÕES EM TERAPIA COGNITIVO-COMPORTAMENTAL¹

Cristiane do Amaral de Barros*

RESUMO:

A prática da pedofilia é antiga e presente em várias culturas ao longo dos tempos, mas ainda pouco se tem pesquisado acerca de sua etiologia, e muito ainda se confunde pedofilia com abuso ou agressão sexual infantil, passível mais de punição pela justiça do que tratamento clínico. O Brasil situa-se no ranking mundial de abusos sexuais de crianças e adolescentes. O objetivo deste artigo é apontar algumas reflexões acerca dos conceitos de parafilia e pedofilia após a publicação do **DSM-V**, seu diagnóstico e tratamento na atualidade. Dentre as estratégias de tratamento, a Terapia cognitivo-comportamental tem sido amplamente recomendada, justificando sua abordagem neste estudo.

Palavras-chave: Pedofilia. Parafilia. Abuso Sexual Infantil. Terapia Cognitiva.

1 INTRODUÇÃO

Tentar compreender conceitos como sexo, sexualidade, desejo, fantasias e práticas sexuais é se deparar, também, com noções como liberdade, direito, transgressão, normal e patológico. Essas definições mais confundem do que esclarecem já que ciência, moral e costumes determinam padrões de comportamento geral. O tema abordado refere-se a uma forma de pensar, sentir e viver o desejo sexual e a complexidade em sua abordagem é seu traço característico.

Este artigo objetiva apresentar os conceitos de parafilia e pedofilia, identificando seus aspectos patológicos e não patológicos contidos na **Classificação de Transtornos Mentais e de Comportamento da CID-10** (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE [OMS], 1993) e nas duas últimas edições do **Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais**, os **DSM-IV-TR** (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION [APA], 2002) e **DSM-V**

¹ Artigo recebido em 23/08/2016 e aceito para publicação, após reformulações, em 15/03/2017.

* Graduação em psicologia pelo CESJF, especialista em Terapia Cognitivo-Comportamental, mestre em Ciência da Religião. @:cristiane.barros@uff.edu.br

(AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION [APA], 2014). Tais títulos fundamentaram e fundamentam o diagnóstico clínico e a compreensão de “normal” e “patológico” em sexualidade humana na atualidade.

Objetiva-se também identificar algumas das possíveis alterações conceituais acerca das parafilias – e da pedofilia, mais especificamente – propostas a partir da 5ª edição do **DSM**, comparando-as aos conteúdos da **CID-10** e **DSM-IV-TR**. Por fim, este estudo busca refletir sobre alguns dos aspectos que atravessam o conceito, a compreensão, o diagnóstico e o tratamento da pedofilia, e que promovem complexidade ainda maior à sua abordagem.

Em termos de terapêutica, a Terapia cognitivo-comportamental (TCC) vem sendo apontada pela literatura acadêmica sobre o assunto como a intervenção psicológica de melhor resultado no tratamento dos transtornos sexuais na atualidade. Isso justifica a opção pelo relato dessa abordagem no rol das diversas opções de tratamento junto à pessoa com transtornos parafilicos neste artigo.

Os textos aqui apresentados foram selecionados, considerando-se a opção pelo relato das mudanças atuais na conceituação e diagnóstico das parafilias (especificamente a pedofilia) e de uma de suas abordagens psicoterapêuticas. Para tanto, consultaram-se preferencialmente artigos científicos datados a partir do início deste século, mas também publicações e informações disponibilizadas em meio eletrônico de organizações reconhecidamente atuantes na área da pesquisa, defesa e proteção dos direitos humanos.

Como este estudo objetivou apresentar algumas das alterações que incidem sobre os conceitos e critérios diagnósticos de parafilia e pedofilia a partir da 5ª edição do **DSM**, as discussões que incidem sobre o assunto não foram aprofundadas, apenas pontuadas, embora identificando a importância de se direcionar as reflexões sobre tais conceitos para além da abrangência clínica unicamente.

Foram utilizados autores e fontes nacionais e estrangeiras ligadas a aspectos relacionados aos transtornos da sexualidade, porém há que se destacar o ainda diminuto volume de publicações e pesquisas sobre o tema, bem como o relato mais detalhado dos processos psicoterapêuticos com a pessoa com transtorno pedofílico.

2 PARAFILIAS: CONCEITO E CLASSIFICAÇÃO

Etimologicamente, o termo parafilia advém da união de dois termos gregos: *para* = do outro lado, em oposição; *philos* = amor. Parafilia, segundo o **DSM-IV** e a **CID-10**, designaria um padrão de comportamento sexual inadequado. A **CID-10**, na seção sobre Transtornos Mentais e Comportamentais, classifica as parafilias como “transtornos da preferência sexual”, e o **DSM-IV-TR** as situa como “transtornos sexuais e da identidade e de gênero”.

A 5ª edição do **DSM** define parafilia como “[...] qualquer interesse sexual intenso e persistente que não aquele voltado para a estimulação genital ou para carícias preliminares com parceiros humanos que consentem e apresentam fenótipo normal e maturidade física.” (APA, 2014, p. 685). Todavia, sob certas circunstâncias em que se torna difícil a aplicação do critério “intenso e persistente” ao interesse sexual de um indivíduo, nesses casos específicos parafilia seria definida como sendo “[...] qualquer interesse sexual maior ou igual a interesses sexuais normofílicos” (APA, 2014, p. 685).

Tanto na **CID-10** como nos **DSM-IV-TR** e **DSM-V**, a parafilia é definida por impulsos sexuais intensos e recorrentes, apresentando fantasias e comportamentos não convencionais, com possibilidade de alterações e prejuízos na esfera familiar, social e ocupacional, além de um comportamento caracterizado pela repetição (SERAFIM, 2007). O **DSM-V** propõe a distinção de parafilias e transtornos parafílicos diferente da nomenclatura de transtornos sexuais e da identidade de gênero da **CID-10**. Essa distinção não era clara no **DSM-IV-TR** (BARNHILL, 2015; LUCENA; ABDO, 2014).

Parece que o **DSM-V** vem rever a conceituação do que seria ou não patológico ao se tratar de parafilias. O acréscimo do termo “transtorno” antes de cada tipo de parafilia vem delimitar o aspecto patológico do não patológico e diferencia, também, o que se entende por comportamento humano atípico e comportamento decorrente de um transtorno, considerado, este último, como aquele que causa sofrimento, ameaça física ou psicológica para o sujeito ou para terceiros (BARNHILL, 2015; LUCENA; ABDO, 2014). O próximo item abordará o conceito e os critérios diagnósticos das parafilias segundo o **DSM-V**.

3 OS CRITÉRIOS DIAGNÓSTICOS DAS PARAFILIAS NO DSM-V

Embora o **DSM-V** tenha listado apenas oito categorias de transtornos parafílicos, o mesmo acrescenta que essa listagem não esgota outros possíveis tipos. São eles: Transtorno Voyeurista, Transtorno Exibicionista, Transtorno Frotteurista, Transtorno do

Masoquismo Sexual, Transtorno do Sadismo Sexual, Transtorno Pedofílico, Transtorno Fetichista, Transtorno Transvéstico, além de Outro Transtorno Parafílico Especificado, e Transtorno Parafílico Não Especificado. Esses oito tipos de transtorno encontram-se divididos em dois grupos: transtorno parafílico com preferência por atividades anormais e transtorno parafílico por alvo anômalo.

Os transtornos do primeiro grupo apresentam como semelhança distorções no que foi denominado de “comportamento de namoro”, formando o subgrupo “transtornos do namoro” (transtornos voyeurista, exibicionista e frotteurista) (APA, 2014, p. 685). Também estão incluídos nesse primeiro grupo os transtornos do masoquismo sexual e do sadismo sexual, formando o subgrupo dos “transtornos da algolagnia” (APA, 2014, p. 685), ou seja, comportamentos caracterizados pela obtenção de prazer infligindo dor a si ou a terceiros.

No segundo grupo dos transtornos parafílicos – por alvo anômalo –, a característica que se assemelha a todos do grupo refere-se ao tipo de direção da ação (alvo do desejo), seja esse alvo outros seres humanos (transtorno pedofílico) ou diferentes objetos/coisas/partes do corpo (transtornos fetichista e transvéstico) (APA, 2014).

Segundo o **DSM-V**, para que uma parafilia se transforme em transtorno, é necessário que a mesma cause sofrimento ou prejuízo à própria pessoa, ou que seu comportamento sexual cause dano ou risco de dano pessoal a terceiros. “Uma parafilia é condição necessária, mas não suficiente, para que se tenha um transtorno parafílico, e uma parafilia por si só não necessariamente justifica ou requer intervenção clínica” (APA, 2014, p. 685).

A 5ª edição do **DSM** também lista dois critérios diagnósticos para uma parafilia ser diagnosticada como transtorno parafílico, com a exigência de que o indivíduo atenda aos mesmos: A – especificar a natureza qualitativa da parafilia (tipo de foco do comportamento); B – especificar as consequências negativas da parafilia (tipo de dano a outros). Se uma pessoa atender aos critérios A e não atender aos critérios B para uma determinada parafilia, o **DSM-V** entende tratar-se de alguém com um tipo específico de parafilia, mas não de alguém com transtorno parafílico (APA, 2014).

Ao analisar o texto do **DSM-V**, Barnhill (2015) conclui que o diagnóstico de um transtorno parafílico deverá ter por base dois aspectos bem definidos: 1 – se houver dano a terceiros decorrente de um padrão não normofílico de comportamento sexual por parte do agressor, haverá um transtorno parafílico subjacente, além de provável comorbidade, como

um transtorno de personalidade antissocial; 2 – se existir um padrão persistente e recorrente de comportamento, desejos e/ou fantasias sexuais não normofílicas, é provável que se identifique uma parafilia. No entanto, se essa parafilia provocar sofrimento subjetivo ou prejuízo nas relações interpessoais, é possível, então, o diagnóstico de transtorno parafílico.

Portanto, para o diagnóstico de transtorno parafílico a partir da 5ª edição do **DSM**, o indivíduo com interesses sexuais atípicos deverá sentir angústia pessoal sobre os mesmos e possuir desejo e/ou comportamento sexual cuja ação atinja outras pessoas sem o consentimento destas (BARNHILL, 2015; LUCENA; ABDO, 2014). O simples fato de se possuir uma ou mais das oito categorias diagnósticas não constitui, por si só, uma patologia.

Lucena e Abdo (2014) avaliam as alterações contidas no **DSM-V** sobre os transtornos parafílicos como sutis, porém já evidenciando o entendimento de que, se uma prática sexual atípica for consensual, não poderá ser rotulada como transtorno mental. Cabe, então, destacar que o que definiria um transtorno parafílico seria, além das definições de cada categoria, também a suposição de haver uma “disfunção”, um conflito para o indivíduo que a possui, e com danos pessoais e/ou sociais devido à mesma (MUSE; FRIGOLA, 2003).

Os critérios diagnósticos para parafilias no **DSM-V** diferem um pouco entre si. Nas parafilias que podem provocar comportamento criminoso (pedofilia, sadismo sexual, voyeurismo), o diagnóstico pode ocorrer mesmo quando o indivíduo nega sofrimento, disfunção, excitação sexual ou qualquer tipo de envolvimento nessa atividade. Porém, há que existir evidências de envolvimento que “[...] indiquem uma probabilidade de excitação sexual persistente relacionada à parafilia” (BARNHILL, 2015, p. 331). Já para o diagnóstico das parafilias que não envolvem o sistema penal, não se aplica a inclusão dessas evidências externas (que independem de avaliação psiquiátrica).

Especificamente no que se refere ao transtorno pedofílico, o **DSM-V** considera, também, situações em que o interesse sexual não é levado à ação (inexiste prática), desde que existam fantasias e desejos que, por si **sós**, gerem sofrimento subjetivo e/ou dificuldades nas relações interpessoais. O próximo item apresentará a conceituação e distinção entre pedofilia e transtorno pedofílico, buscando-se abordar alguns dos aspectos clínicos, legais e sociais que envolvem ambas as definições.

4 PEDOFILIA: CONCEITO E PROBLEMATIZAÇÃO

O termo pedofilia tem origem na palavra grega *paidophilos* (*paidós* = criança; *philia* = amor, afinidade) (FIGUEIREDO, 2009). Em seus inícios, essa palavra designava apenas o amor, o cuidado de um adulto por crianças. Com o passar do tempo foi assumindo a designação que perdura até o presente. A prática da pedofilia é antiga e um fenômeno mundial, multiétnico, multicultural, independe de classe socioeconômica, envolvendo aspectos educacionais, legais e de saúde pública. Tal prática vem aumentando nas últimas décadas especialmente em virtude das facilidades de acesso a material pornográfico infantil, disponibilizado pela internet (FIGUEIREDO, 2009; SERAFIM, 2007).

Embora as estatísticas envolvendo crimes cibernéticos e, mais precisamente, crimes sexuais e pedofilia no Brasil sejam difusas e estejam desatualizadas, parece que, no ranking mundial da pedofilia na internet, o Brasil já ocupou o 4º lugar em 2003 e o 13º em 2009. Tais dados foram divulgados pela Telefono Arcobaleno, instituição italiana de defesa da infância e juventude que atua em parceria com o FBI, Interpol e polícias de diversos outros países. Essa Organização informa ter identificado, em 2008, o total de 42.396 sites de pedofilia em todo o mundo (CASTRO, 2012; FELIPE, 2006). Em termos mundiais, o **DSM-V** informa que a prevalência de transtorno pedofílico na população é incerta, incidindo entre 3 a 5% em homens. Em mulheres, os dados seriam ainda mais incertos (APA, 2014).

Figueiredo (2009), buscando apontar a complexidade de aspectos que incidem sobre o conceito de pedofilia, chama a atenção para a tendência geral de se direcionar o comportamento pedófilo apenas a um quadro de transtorno do sujeito, com o risco de se esgotar a questão no próprio sujeito, sem considerar outros aspectos, como sua história, contexto social, época, etc.

Esse autor aponta o componente de poder que permeia a relação estabelecida entre o adulto e a criança, em que a pedofilia “[...] implica em aspectos que vão além de um transtorno de conduta sexual, que inclui aspectos sociais e também políticos, entendida aqui a política como relação de força e poder entre pessoas e grupos, tornando a questão muito mais complexa do que possa parecer a princípio.” (FIGUEIREDO, 2009, p. 09). Também a **CID-10** refere-se ao componente de poder ao considerar a conduta pedofílica como alternativa à frustração do sujeito em conseguir parceiros adultos.

Devido às imbricações jurídicas, sociais e clínicas que envolvem a conduta do sujeito pedófilo (frequentemente confundido com abusador, predador ou que faz uso de pornografia

infantil), a intervenção junto a esse indivíduo mal se equilibra nos limites estreitos entre punição e tratamento. Castro e Bulawski (2011) abordam essa questão avaliando o problema de se punir uma patologia.

[...] pedofilia não é um tipo penal, e, por isso, não é da alçada jurídica. [...] a utilização do termo que deu origem a este estudo tem que ser empregado corretamente, e não como vem sendo citado nas reportagens jornalísticas, ou, até mesmo por aplicadores do Direito no Brasil. [...] Grifa-se que a norma pune a conduta e não o autor especificamente [...]. A lei atinge aquele que praticou o delito uma única vez por questões externas à sua pessoa, mas, também, aquele que apresenta sérios distúrbios sexuais e que pratica tal ato contumazmente. Este último é quem realmente deve ser taxado de pedófilo, face as suas atrações intensas por crianças em um período de tempo considerável. Por isso considera-se por temerário taxar o delito sexual com crianças como “crime de pedofilia” (CASTRO; BULAWSKI, 2011, p. 12 grifo do autor)

Há diferença entre os conceitos de pedófilo e molestador sexual de crianças/adolescentes, embora frequentemente confundidos e usados como sinônimos. Parece que situações de grande vulnerabilidade psíquica, como a exposição a forte estresse e/ou situações de pressão emocional, podem levar o sujeito pedófilo a passar da simples fantasia sexual ao ato em si, como, talvez, um tipo de “válvula de escape” dessa pressão psíquica. Se, no pedófilo, o desejo sexual é característica central, no molestador sexual não. Para estes, as motivações podem ser as mais variadas possíveis, como sadismos, poder, prazer em infligir dor e extrema violência contra a vítima. A gratificação sexual viria menos pelo ato sexual e mais pelo ato violento (CASTRO; BULAWSKI, 2011; SERAFIM, 2007).

Agressor sexual seria aquele que comete crime sexual, legalmente especificado. A categorização em grupos, mais ou menos homogêneos, dos agressores sexuais vem sendo construída por pesquisadores do mundo todo a fim de facilitar as intervenções clínicas, jurídicas e mensuração de riscos (CHEIBUB; MARIN, BALTIERI, 2013).

Dentre as diversas tipologias desenvolvidas, Cheibub, Marin e Baltieri (2013) informam que a mais utilizada no meio científico seria a que classifica os agressores sexuais em molestadores sexuais de crianças e adolescentes e agressores sexuais de adultos. Existiria, ainda, um grupo de agressores sexuais que ofendem tanto crianças/adolescentes como adultos – os *crossover sexual offender* –, tornando-se um grupo à parte dessa classificação. (CHEIBUB; MARIN, BALTIERI, 2013, p. 162). Pesquisas sobre as características comportamentais e psicológicas de agressores sexuais demonstram um início das mesmas antes dos dezoito anos de idade (PORTER, 2003; RONIN; BORDUIN, 2007; apud SERAFIM, 2007).

O encarceramento, a restrição de liberdade do abusador/molestador sexual de crianças e adolescentes seriam medidas que, por si sós, não bastam ou resolvem o problema da vitimização da infância e juventude, tampouco representa medida eficaz no controle ou eliminação do comportamento violento e criminoso do abusador. Se houve delito, crime, o mesmo precisa ser punido nas formas da lei e responsabilizado seu autor; quanto a isso parece não haver dúvidas. Contudo, somente punir não resolve essa questão, que não diz respeito apenas a um interdito jurídico. Medidas restritivas de liberdade, se punem a transgressão, o ato, não tratam ou reabilitam o transgressor e nem asseguram o não cometimento futuro de novos delitos ou a erradicação desse crime (CASTRO; BULAWSKI, 2011; CHEIBUB; MARIN; BALTIERI, 2013; MUSE; FRIGOLA, 2003).

Outra associação frequente refere-se à utilização do termo pedofilia como sinônimo de pornografia infantil. Pornografia infantil seria uma contravenção penal, prevista no Código Penal e, mais especificamente, no Estatuto da Criança e do Adolescente (Lei Federal 8.069/90). Define-se como sendo a exposição de cenas de nudez envolvendo crianças/adolescentes de forma pornográfica.

Quanto às denúncias do crime de pornografia infantil, no Brasil, dentre algumas das instituições que atuam na área da defesa, proteção e promoção dos Direitos Humanos, destaca-se a SaferNet Brasil. Essa associação civil de direito privado (ONG), sem fins lucrativos e de abrangência nacional, foi fundada em 2005, consolidando-se no país como referência nacional no enfrentamento aos crimes e violações dos Direitos Humanos na Internet. Atua em parceria com o Ministério Público Federal, Governo Federal, Congresso Nacional, autoridades públicas e organizações civis dos vários Estados. (SAFERNET BRASIL, c2008).

Em 2016, a SaferNet Brasil recebeu e processou 40.380 denúncias anônimas de pornografia infantil na internet, pertencentes a páginas (URLs) e IPs diferentes de 58 países em 5 continentes. Já a Central Nacional de Denúncias de Crimes Cibernéticos, vinculada à Safernet Brasil, recebeu e processou em 2016 cerca de 56.924 denúncias anônimas de pornografia infantil na internet, espalhados por URLs e IPs de 55 países nos 5 continentes. Essas denúncias foram registradas por *hotlines* criados pela referida Central de Denúncias (SAFERNET BRASIL, c2008).

Caberia, portanto, destacar a importância em não se confundir tais conceitos, nem utilizá-los como sinônimos, fato comum que apenas dificulta, agrava e compromete a identificação, intervenção e tratamento do transtorno pedofílico. No transtorno pedofílico haveria a frequência e persistência de fantasias, impulsos ou comportamento sexual envolvendo crianças/adolescentes, não necessariamente com a utilização de pornografia infantil.

A etiologia da pedofilia ainda não é totalmente conhecida. Pesquisas atuais apontam alterações neurológicas, hormonais e psicodinâmicas em pessoas com esse distúrbio. Os fatores neurológicos referem-se à diminuição no volume de massa cinzenta da amígdala direita, hipotálamo bilateral, regiões septais, córtex orbitofrontal e cerebelo. Os fatores hormonais relacionam-se ao aumento nos níveis de testosterona (especialmente entre os que apresentam conduta agressiva); aumento no nível dos hormônios luteinizante e prolactina. Os aspectos psicodinâmicos referem-se à história de possível abuso sexual/emocional na infância desses sujeitos (MUSE; FRIGOLA, 2003).

Trazendo ainda mais complexidade à discussão acerca dessa parafilia, parece haver grande incidência de outros transtornos mentais e de comportamento cursando com pedofilia, como os transtornos depressivos e ansiosos (75%), abuso de substâncias psicoativas (60%) e transtornos de personalidade (50%), (CHEIBUB; MARIN; BALTIERI, 2013).

Tipos diferentes de pedófilos têm sido identificados e classificados, de acordo com traços e transtornos de personalidade, relacionamento do agressor com as vítimas, nível de impulsividade, uso de comportamento sedutor ou violento (*modus operandi*), tipo e frequência do consumo de pornografia, etc. Desta forma, é difícil determinar um único perfil do indivíduo com quadro de pedofilia. [...] Embora muitos pedófilos não concretizem suas fantasias desviadas, alguns fatores psicossociais têm sido apontados como facilitadores da sua expressão, tais como doenças afetivas (depressão), estresse psicológico, intenso e abusivo uso de substâncias psicoativas como o álcool. Quando quaisquer destes fatores ocorrem em uma situação em que o indivíduo com pedofilia tem acesso a crianças, o comportamento sexual torna-se iminente (CHEIBUB; MARIN; BALTIERI, 2013, p. 164).

Estabelecida a diferenciação entre os conceitos de pedofilia, abuso sexual infantil e pornografia infantil, a seguir serão apresentados os critérios diagnósticos atuais para o transtorno pedofílico.

5 CRITÉRIOS DIAGNÓSTICOS PARA PEDOFILIA

Na **CID-10** a pedofilia encontra-se na categoria das parafilias (F65), dentro dos transtornos da preferência sexual sob o código F65.4. É mais frequente sua ocorrência em homens, mas pode haver também mulheres pedófilas e também abusadoras. Já nas edições do **DSM**, encontra-se sob o código 302.2.

O **DSM-V** considera três critérios para o diagnóstico de transtorno pedofílico, mantendo o período de tempo de pelo menos seis meses para: A – constância de fantasias sexuais ou comportamentos intensos e recorrentes envolvendo atividades sexuais com crianças e/ou adolescentes pré-púberes (até cerca de treze anos de idade); B – se esses impulsos ou fantasias sexuais, ou a prática dos mesmos, causam sofrimento intenso ou dificuldades interpessoais; C – se o indivíduo tem, no mínimo, dezesseis anos de idade e é pelo menos cinco anos mais velho que a criança/adolescente. Não incluir um indivíduo no final da adolescência envolvido em um relacionamento sexual contínuo com uma criança com 12 ou 13 anos de idade.

As duas últimas edições do **DSM** determinam como subtipo: se exclusivo (atração apenas por crianças) ou se não exclusivo. Especificar se: sexualmente atraído por indivíduos de sexo masculino; sexualmente atraído por indivíduos de sexo feminino; sexualmente atraído por ambos os sexos; limitado ou não a incesto.

De modo geral, o distúrbio pedofílico inicia-se na adolescência ou na primeira fase adulta. Quanto mais precoce ocorrer, maior a cronificação do quadro; é também considerado como comportamento sexual atípico com características de compulsão e obsessão sexual por crianças/adolescentes. Não é necessário existir ato sexual entre um pedófilo e uma criança/adolescente. Clinicamente, basta haver, apenas, a presença de fantasias ou desejos sexuais, os critérios de idade contemplados, a duração dos sintomas e a existência de sofrimento psíquico ou prejuízo à própria dinâmica da vida ou a de terceiros (APA, 2014; CASTRO; BULAWSKI, 2011).

Assim como no diagnóstico das parafilias e transtornos parafílicos, na pedofilia e no transtorno pedofílico o **DSM-V** enfatiza que, se no relato do indivíduo houver ausência de sentimentos de culpa, vergonha ou ansiedade em relação a esses impulsos, se não houver evidências de limitação funcional por seus impulsos pedofílicos e se não houver

relatos/evidências legais registradas de prática desses impulsos, nesse caso, haverá no sujeito uma orientação sexual pedofílica, mas não um transtorno pedofílico (APA 2014).

A pedofilia seria uma condição para toda a vida, porém o transtorno pedofílico incluiria outros fatores que podem mudar com o tempo, com ou sem tratamento, como o sofrimento subjetivo ou os prejuízos nas relações interpessoais, além da própria predisposição em agir sexualmente com crianças/adolescentes. Seriam esses fatores que possibilitariam alterações para mais ou para menos nesse transtorno ao longo do tempo (APA, 2014).

Em termos de fatores de risco e prognóstico para o transtorno pedofílico, o **DSM-V** elenca três fatores: temperamentais (parece haver correlação entre pedofilia e comportamento antissocial); ambientais (parece haver correlação entre abuso na infância e prática pedofílica na fase adulta, embora não existam dados conclusivos sobre isso); genéticos e fisiológicos (todo fator que eleve a probabilidade de pedofilia também pode elevar o risco de transtorno pedofílico). O **DSM-V** aponta a existência de certos indícios de que perturbações do neurodesenvolvimento na vida intrauterina podem elevar a probabilidade de desenvolvimento de uma orientação pedofílica, mas não especifica tais evidências.

Nos casos em que o sujeito pedófilo procura ajuda psicológica por conta própria (e não por determinação judicial), geralmente é para resolver o desconforto provocado pelas consequências negativas de seu comportamento (problemas no trabalho, crises familiares, críticas sociais), e não por sentir-se culpado (MUSE; FRIGOLA, 2003). A seguir, serão abordados alguns tipos de tratamento da pedofilia, com ênfase na terapia cognitivo-comportamental.

6 O TRATAMENTO CLÍNICO DA PEDOFILIA

Ainda é diminuta a oferta de tratamento clínico psicossocial a pedófilos no Brasil. De imediato, uma grande dificuldade no tratamento da pedofilia seria o fato de que, por regra, o sujeito pedófilo não crê possuir uma patologia, não sofre ou sente desconforto com sua conduta, não manifestando, portanto, desejo de tratamento.

Uma característica dessa parafilia parece ser seu traço egossintônico (o que traz prazer, satisfação ao sujeito). Por ser conduta prazerosa ao indivíduo, este não percebe que

possui um distúrbio, nem que o mesmo pode causar danos a si ou a terceiros. Por essa razão, também não haveria culpa pelo comportamento abusivo (ISTITUTO BECK, [20--]).

Na maioria das vezes, esse indivíduo vem encaminhado por imposição judicial, fato que não ajuda muito em termos de colaboração e adesão do mesmo ao tratamento. No caso de existir um quadro de pedofilia cursando com outro transtorno psiquiátrico, como o transtorno de personalidade antissocial (mesmo que apenas alguns de seus sintomas), dificilmente o sujeito pedófilo apresentará boa adesão a qualquer tipo de tratamento (FIGUEIREDO, 2009).

Na atualidade, o tratamento da pedofilia compreende intervenção multidisciplinar. O tratamento psiquiátrico envolve, desde a TCC e o modelo de Prevenção de Recaídas, até a prescrição de psicofármacos e, em casos mais graves, drogas para reduzir a libido, denominadas de drogas antiandrógenas ou para “castração química” (FIGUEIREDO, 2009; LUCENA; ABDO 2014). Por castração química entende-se a administração de fármacos que atuam inibindo o desejo sexual.

Autores como Figueiredo (2009) e Castro (2012) questionam o método de castração química por entenderem que os resultados desse tipo de intervenção não são tão satisfatórios como se pretende, além de a redução da libido nem sempre reduzir uma conduta sexual abusiva. Pode haver outras motivações que levam à violência sexual de crianças/adolescentes, além do desejo sexual, como a vivência da própria violência do ato em si.

Lucena e Abdo (2014) comentam que, no Brasil, o uso de medicamentos antiandrógenos para o tratamento dos transtornos parafilicos não é autorizado, utilizando-se, para esse fim, antidepressivos e neurolépticos. “Simultaneamente, a psicoterapia é parte indispensável do tratamento, a partir da qual o paciente pode identificar elementos associados ao seu comportamento sexual e desenvolver alternativas de relacionamento mais adequadas.” (LUCENA; ABDO, 2014, p. 96).

A TCC, inicialmente desenvolvida por A. Beck na década de 60 do século XX para o tratamento da depressão, tem sido aplicada também aos transtornos sexuais e transtorno pedofílico com reconhecida eficácia. Essa abordagem terapêutica reconhece como princípio básico que emoções e comportamentos são influenciados pela percepção dos acontecimentos pelo indivíduo, por estarem interligados. A origem das perturbações estaria

na forma distorcida de pensamentos disfuncionais, que afeta adversamente o humor e o comportamento (CASTRO, 2012; ISTITUTO BECK, [20--]; KUNZLER; BRAGA, 2013; MUSE; FRIGOLA, 2003; ODRIUZOLA; FERNANDEZ-MONTALVO; IRÍZAR, 1995).

O objetivo principal do tratamento psicológico do sujeito pedófilo seria elevar sua capacidade de controle do impulso sexual. Em termos de abordagem cognitiva, entende-se que o sujeito pedófilo apresenta diversos erros de pensamento que o fazem justificar suas ações e crer haver consentimento da vítima para o abuso, além de tendência à negação e minimização do fato, justificando-o sempre (ISTITUTO BECK, [20--]; MUSE; FRIGOLA, 2003).

As intervenções buscam reestruturar as distorções cognitivas associadas ao problema, como a minimização e negação do ato, a sexualização da vítima e a ausência de culpa. As técnicas visam auxiliar o indivíduo a reduzir seu comportamento desviante, substituindo-o por comportamentos mais adaptativos. Buscam também aumentar a empatia e competência social do sujeito para que o mesmo consiga estabelecer – e manter – relacionamentos sociais mais saudáveis, sem a presença do distúrbio sexual. Trabalha-se a autoestima, a habilidade com a vivência das emoções negativas e a capacidade de resolução de problemas (ISTITUTO BECK, [20--]).

Seriam objetivos da TCC com pacientes pedófilos:

- a) redução da excitação sexual desviada e aquisição de comportamento sexual menos lesivo para si mesmo e para outros [...];
- b) aquisição e melhora das habilidades sociais [...];
- c) reparação dos processos cognitivos [...];
- d) aquisição ou melhora das habilidades relacionais, com especial atenção à intimidade, vínculo afetivo e empatia cognitiva;
- e) aquisição de habilidades para resolução de problemas e alívio de stress [...];
- f) prevenção de recaída através do reconhecimento e manejo dos gatilhos e do desenvolvimento de habilidades específicas [...] (CHEIBUB; MARIN; BALTIERI, 2013, p. 174).

Já a TCC para agressores sexuais infantis envolveria: a) identificação de situações com risco elevado de nova agressão; b) identificação de comportamentos que não constituem recaída, mas que podem possibilitar a mesma (ex.: masturbar-se com fantasias sexuais relacionadas ao ato sexual com crianças, consumo de álcool/outras drogas); c) desenvolvimento de estratégias para evitar situações de alto risco (ex. ficar sozinho com criança, consumir álcool/outras drogas, etc); d) desenvolvimento de estratégias de enfrentamento em situações de alto risco; e) “[...] responder adequadamente a lapsos que possam ocorrer” (CHEIBUB; MARIN; BALTIERI, 2013, p. 174-175).

Mais recentemente, passou-se a compreender a compulsão sexual na pedofilia e outros transtornos sexuais com semelhanças à adicção na dependência química. O modelo de Prevenção de Recaídas, técnica da TCC largamente utilizada no tratamento para controle da dependência química, vem sendo também frequentemente aplicado no tratamento de transgressores sexuais na atualidade. É utilizada como estratégia de autocontrole dos impulsos e prevenção de possíveis recaídas após a primeira etapa do tratamento.

No entanto, a maioria das intervenções junto ao autor de abuso sexual infantil ainda é punitiva. No Brasil, até o momento, não existem políticas públicas voltadas para o tratamento da pedofilia. Medidas como o encarceramento, por si só, como analisa Castro (2012), tornam-se inócuas e pontuais. Durante a reclusão do sujeito abusador, parece não existir em nosso país estrutura que o atenda e intervenha eficazmente em termos de sua patologia. Também parece não existirem (ou não serem divulgados) programas de reinserção social, pós-encarceramento. Ao sair da detenção, o sujeito leva consigo dois grandes estigmas sociais: ser “pedófilo” e ser “ex-detento”.

Como já abordado anteriormente, o tratamento clínico da pedofilia implica, por vezes, questões legais e éticas, como o “[...] dever de informar às autoridades um caso ativo de abuso de menor, a obrigação do paciente estar em terapia por ordem judicial, etc.” (MUSE; FRIGOLA, 2003, p. 63). Questões como essas nem sempre possibilitam a clara interpretação dos limites e responsabilidades legais, éticas e terapêuticas do profissional que atende alguém com esse transtorno, e que ressentem de maior aprofundamento.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

“Os limites entre normalidade e patologia variam em diferentes culturas com relação a tipos específicos de comportamentos. Os limiares de tolerância para sintomas ou comportamentos específicos são diferentes, conforme a cultura, o contexto social e a família” (APA, 2014, p. 14). O tratamento dos transtornos sexuais é complexo, envolvendo diversos fatores. Em termos sociais, políticas públicas e redes de suporte social necessitam ser criadas para atender aos cidadãos acometidos por esses transtornos, bem como aos abusadores sexuais, para que não incidam em novas recaídas. Apenas as medidas privativas de liberdade não atendem à complexidade dos aspectos envolvidos nesse assunto.

Quanto às questões éticas que atravessam os conceitos de pedofilia e agressão sexual infantil, cabe avaliar como a mídia e a sociedade de modo geral vêm abordando o assunto, identificando como as mesmas compreendem e lidam com os transtornos sexuais.

Determinantes sociais que apontam para práticas culturais problemáticas e contraditórias não podem ser deixadas de lado quando se pretende compreender o comportamento humano, mesmo naqueles onde aparentemente a compreensão parece óbvia, motivadas por afetos e emoções intensas, como indignação e ódio (FIGUEIREDO, 2009, p. 13).

O estigma social, o medo e a ignorância dificultam muito a abordagem e tratamento dos transtornos parafílicos, em especial a pedofilia. A própria especificidade desse transtorno, que traz grande complexidade à intervenção clínica, a discriminação social por que passam os sujeitos pedófilos, aliado à vergonha de assumirem esse tipo de comportamento sexual, seriam fatores que contribuem para o afastamento dos mesmos dos tratamentos e das instâncias de apoio terapêutico, quando existem.

No que se refere à pedofilia, ainda é reduzido o volume de publicações e pesquisas, sua etiologia, evolução, tratamento e, mesmo, conceituação. Necessária seria a prática de se avaliar e repensar as delimitações sociais, legais e clínicas que atravessam as parafilias, notadamente a pedofilia. Igualmente necessário seria identificar, compreender, definir e divulgar as diferenças entre pedófilo e abusador/molestador sexual infantil, entre transtorno mental e conduta criminosa, entre punição e tratamento. Ainda, entre normal e patológico.

Quanto aos transgressores sexuais, além de sua responsabilização penal, o tratamento clínico e a adequada reinserção social talvez possam possibilitar a esses sujeitos manter um repertório de habilidades que lhes permitam controlar seu desejo e impulso, ressignificar esse desejo e vivenciá-lo, sem danos a si ou a quem quer que seja.

Aos profissionais da saúde mental caberia, talvez, considerar também os atravessamentos sociais, econômicos, culturais, legais e éticos que circundam os transtornos parafílicos, num necessário diálogo com o fazer clínico. Em termos conceituais e diagnósticos, a expressão da sexualidade humana assume as características de seu tempo e sua cultura. Desse modo, o diagnóstico das parafilias não tem como ser algo engessado. Muda, também, com o tempo. E há que se estar atento e aberto a essas mudanças.

PARAPHILIAS, PEDOPHILIA AND INTERVENTIONS IN COGNITIVE-BEHAVIORAL THERAPY

ABSTRACT:

The practice of pedophilia is ancient and present in various cultures throughout the ages. but little has been researched about its etiology, and much still confuses pedophilia with child sexual abuse or aggression, liable to more punishment for justice than clinical treatment . Brazil is located in the world ranking of sexual abuse of children and adolescents. The purpose of this article is to point out some reflections about the concepts of paraphilia and pedophilia after the publication of **DSM-V**, its diagnosis and treatment at the present time. Among the treatment strategies, cognitive-behavioral therapy has been widely recommended, justifying its approach in this study.

Keywords: Pedophilia; Paraphilia; Child sexual abuse; Cognitive therapy.

REFERÊNCIAS

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **MANUAL DIAGNÓSTICO E ESTATÍSTICO DE TRANSTORNOS MENTAIS DSM-IV**. Porto Alegre: Artmed, 2002.

_____. **MANUAL DIAGNÓSTICO E ESTATÍSTICO DE TRANSTORNOS MENTAIS: DSM-V**. Porto Alegre: Artmed, 2014.

BARNHILL, John W. **Casos Clínicos do DSM-V**. Porto Alegre: Artmed, 2015.

CASTRO, Cíntia. S. Intervenções Junto ao Autor de Abuso Sexual de Crianças. **Revista Eletrônica Em Debate**. Depto. de Serviço Social da PUC/RJ; p. 01-24, 2012. Disponível em: < <https://www.maxwell.vrac.puc-rio.br/20621/20621.PDF> >. Acesso em dez/14.

CASTRO, Joelíria V. de; BULAWSKI, Cláudio M. O perfil do pedófilo: uma abordagem da realidade brasileira. **Revista Liberdades** - nº 6, p. 03-26, jan-abr/2011. Disponível em: < http://www.revistaliberdades.org.br/_upload/pdf/7/artigo3.pdf >. Acesso em dez/14.

CHEIBUB, Matheus; MARIN, David; BALTIERI, Danilo. Crimes sexuais e suas particularidades na avaliação de risco e no cumprimento da medida de segurança. In: CORDEIRO, Quirino; LIMA, Mauro (Org). **Medida de segurança: uma questão de saúde e ética**. São Paulo: Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo, p 157-178, 2013. Disponível em: < <http://saudedireito.org/wpcontent/uploads/2013/11/Livromedidaseguranca.pdf> > .Acesso em dez/14.Dez/14.

REVISTA PSIQUE, Juiz de Fora, v. 2, n. 3, p. 78-94, jan./jun. 2017

FELIPE, Jane. Afinal, quem é mesmo pedófilo? **Cadernos Pagu**, nº26. Campinas: p. 201-223, jan/jun, 2006. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/cpa/n26/30391.pdf>> Acesso em jan/2015.

FIGUEIREDO, Mario G. de. Pedofilia: aspectos psicossociais e significações. **CADERNO NEDER**, nº 3 – VIOLÊNCIA E CRIMINALIDADE, p. 05-15, 2009. Disponível em: < http://www.univale.br/central_arquivos/arquivos/caderno-neder-3---violencia-e-criminalidade.pdf>. Acesso em dez/14.

ISTITUTO BECK (Terapia Cognitivo-Comportamental). **Pedofilia**. Roma, [20--]. Não paginado. Disponível em: < <http://www.istitutobeck.com/pedofilia.html>>. Acesso em jan/15.

KUNZLER, Lia S; BRAGA, Audrey R.M. Pedofilia. Doença crônica: causa ou consequência. **Brasília Med**. 50(2); p. 85-88, 2013. Disponível em: < <http://megaslides.org/doc/653971/pedofilia-doen%C3%A7a-cr%C3%B4nica--causa-ou-consequ%C3%Aancia.-preven%C3%A7%C3%A3o?mode=scroll>> Acesso em jan/15.

LUCENA, Bárbara B. de; ABDO, Carmita H. N. Transtorno parafílico: o que mudou com o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais 5ª edição (DSM-5). **Diagnóstico & Tratamento**. 19(2): p. 94-96, 2014. Disponível em: < <http://files.bvs.br/upload/S/1413-9979/2014/v19n2/a4147.pdf> >. Acesso em: dez/14.

MUSE, M.; FRIGOLA, G. La evaluación y tratamiento de transtornos parafílicos. **Cuadernos de Medicina psicosomatica y psiquiatria de enlace**. nº 65, p. 55-72, 2003. Disponível em: < <http://www.uned.es/master-psicologia-deporte/sp/pdf/paraf.pdf>>. Acesso em: dez/14.
ODRIOZOLA, Enrique E.; FERNANDEZ-MONTALVO, Javier; IRÍZAR, Karmele S. Tratamiento psicológico de los ofensores sexuales: posibilidades y limites. **Psicología Conductual**, vol. 3, nº 1, p. 47-66, 1995. Disponível em: <<http://www.funveca.org/revista/PDFespanol/1995/art03.1.03.pdf>>. Acesso em: dez/14.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **CLASSIFICAÇÃO DE TRANSTORNOS MENTAIS E DE COMPORTAMENTO DA CID 10**. Descrições clínicas e diretrizes diagnósticas. Porto Alegre: Artes Médicas, 1993.

SAFERNET BRASIL. **Institucional**. Salvador, c2008. Disponível em: <<http://www.safernet.org.br/site/institucional>> Acesso em fev/2017.

SERAFIM, A. P. Pedofilia: da fantasia ao comportamento sexual violento. In: I Congresso Brasileiro Sobre Ofensas Sexuais. São Paulo. **Anais ...** São Paulo, 2007.