

Considerações sobre o transtorno parafílico: a interface entre a psiquiatria, a psicologia e a justiça criminal

Fernanda Robert de Carvalho Santos Silva¹

Programa de Estudos em Sexualidade (ProSex) do Instituto de Psiquiatria do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo

RESUMO

O presente artigo versa sobre o transtorno parafílico (TP) cuja diferença nas práticas sexuais gera conotação pejorativa na sociedade, o que pode estar associado a dificuldade em compreender manifestações de desejo diferente e a relação entre crime sexual hediondo e parafilia. Indivíduos com TP apresentam interesse sexual intenso e persistente não voltado para a estimulação genital ou para carícias preliminares com parceiros humanos (fenótipo normal e maturidade física) e prévio consentimento para a atividade sexual. A parafilia está presente no repertório sexual individual da população geral com conteúdo de: humilhação, dominação, fetiche e *bondage*. A prática parafílica não visa à aproximação entre os parceiros e compromete, com o tempo, o relacionamento íntimo e/ou interpessoal e o trabalho. O Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-5) divide o transtorno em: voyeurista, exibicionista, frotteurista, masoquismo sexual, sadismo sexual, pedofílico, fetichista, transvêstico. O comportamento sexual parafílico pode ser dividido do ponto de vista criminal quanto à legalidade e à ilegalidade, com o consentimento e o não consentimento, em casos de adultos e comportamento parafílico com crianças e crianças pré-pubescentes. Ampliar a compreensão da interface entre a psiquiatria, a psicologia e a justiça criminal para a parafilia e o transtorno parafílico contribui para o diagnóstico (presença ou ausência de sofrimento), a avaliação e a punição do comportamento, com a presença ou não de vítima, e perspectivas psicológicas para o tratamento do transtorno parafílico, com a possibilidade de mudança no processo de excitação sexual, compreensão sintomatológica e desenvolvimento, ampliação do repertório do indivíduo.

PALAVRA-CHAVE: Transtornos parafílicos, direito penal, pedofilia, exibicionismo, sexualidade

INTRODUÇÃO

O presente artigo apresenta considerações sobre o transtorno parafílico (TP) cujos estudos etiológicos são insuficientes e a prevalência na população é estimada em 1% sendo majoritariamente homens. Pesquisas realizadas o relacionam com alteração hormonal, anomalia cromossômica, lesão neurológica (sistema límbico e lóbulo temporal), uso e abuso de substância, alteração no desenvolvimento e traumas.^{1,2}

O comportamento sexual expresso no TP sofre uma referência pejorativa, o que pode estar associado a dificuldade em lidar com pessoas cuja manifestação do desejo seja diferente. Pode levar a prejuízos em outras esferas da vida do indivíduo e ser compreendido na perspectiva psiquiátrica, psicológica e criminal (comportamento com característica nociva e dano potencial ao outro).^{3,4}

O diagnóstico psiquiátrico do TP necessita da presença do impulso parafílico, com ou sem sofrimento, disfunção e

¹Psicóloga, mestre em Psicologia como Profissão e Ciência e bacharel em Psicologia com ênfase em pesquisa pela Pontifícia Universidade Católica de Campinas (PUC-Campinas).

Editor responsável por esta seção:

Carmita Helena Najjar Abdo. Psiquiatra, livre-docente e professora associada do Departamento de Psiquiatria da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (FMUSP). Fundadora e coordenadora do Programa de Estudos em Sexualidade (ProSex) do Instituto de Psiquiatria do Hospital das Clínicas da FMUSP.

Endereço para correspondência:

Rua Dos Tamanás, 72 — Pinheiros — São Paulo (SP) — CEP 05444-010

Tel. (11) 3032-7411 — Cel. 99717-4361

E-mail: dra.fernanda@robertpsicologia.com.br

Fontes de fomento: nenhuma declarada — Conflito de interesse: nenhum declarado

Entrada: 9 de maio de 2017 — Última modificação: 25 de maio de 2017 — Aceite: 29 de maio de 2017

ou tomada de ação a partir deste, conforme os critérios do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-5).⁴ Avalia-se a intensidade do comportamento e a gravidade das consequências; o comportamento está relacionado à atividade erótica do indivíduo e a alvo erótico.^{4,5}

A significância clínica psiquiátrica da parafilia está associada ao sofrimento acentuado (ato do comportamento ou presença de fantasia), às dificuldades interpessoais e ao comprometimento no trabalho, cujo comportamento sexual expresso funciona como forma de alívio à ansiedade, contenção de agressão e estabilizador da identidade. O comportamento sexual e a excitação estão restritos ao estímulo sexual parafilico, associado ou não à parafilia.⁶

O diagnóstico é dividido em TP especificado e não especificado. A **Tabela 1** apresenta os oito identificados (mais comuns); todavia, encontra-se associação de parafilias distintas a um mesmo indivíduo. A natureza bipartidária do transtorno remete à necessidade de avaliar a intensidade do sintoma parafilico e à gravidade da consequência da expressão do sintoma por meio do comportamento.⁴

DSM-5

Os critérios diagnósticos de TP são: critério A (natureza da parafilia) e critério B (consequência negativa) com a presença dos sintomas por um período de seis meses, no mínimo, e C (ter no mínimo 18 anos). Dentre as consequências negativas estão: a presença ou ausência de sofrimento, o prejuízo ao funcionamento social e/ou profissional e em outras áreas da vida.⁴

Atender, exclusivamente, o critério A evidencia a parafilia, mas não o transtorno parafilico, cujo diagnóstico prescinde o cumprimento dos critérios A e B pelo indivíduo.⁴ Sintomas parafilicos diferentes são encontrados nas pessoas, com ou sem

Tabela 1. Transtorno parafilico versus comportamento parafilico

Transtorno parafilico	Comportamento parafilico
Voyeurista	Espiatar outras pessoas em atividades privadas
Exibicionista	Expor os genitais
Frotteurista	Tocar ou esfregar-se em indivíduo que não consentiu
Masochismo sexual	Passar por humilhação, submissão ou sofrimento
Sadismo sexual	Infligir humilhação, submissão ou sofrimento
Pedofilico	Foco sexual em crianças
Fetichista	Usar objetos inanimados ou ter um foco altamente específico em partes não genitais do corpo
Transvêstico	Vestir roupas do sexo oposto visando excitação sexual

uma relação sintomatológica clara; todavia, múltiplas parafilias podem representar coincidência ou vulnerabilidade.

Para auxiliar na compreensão do transtorno parafilico, será descrita abaixo a característica do Critério Diagnóstico A para cada um dos oito identificados pelos DSM-5.⁴ Esta está relacionada à expressão do comportamento sexual e apresenta características distintas.

- Voyeurista: excitação sexual intensa em observar pessoas em atividade sexual (nuas) sem consentimento.
- Exibicionista: excitação sexual relacionada à exposição do órgão genital a pessoa que não espera e não consentiu;
- Frotteurista: excitação sexual ao tocar ou se esfregar em pessoas sem o consentimento.
- Masoquista sexual: excitação sexual com ser humilhado, espancado, amarrado ou vítima de outros tipos de sofrimento.
- Sadista sexual: excitação sexual com ações cujo sofrimento (psicológico ou físico) de outra pessoa esteja presente.
- Pedofilia: excitação sexual envolvendo atividade sexual com criança ou criança pré-pubere (em geral, 13 anos ou menos). Atração pelo sexo feminino e/ou masculino; e incesto.
- Fetichista: excitação sexual com uso de objetos inanimados ou com foco específico corporal não genital.
- Transvêstico: excitação sexual ao se vestir com trajes típicos do sexo oposto (*cross-dressing*).

O DSM-5 apresenta alguns quadros psiquiátricos como comorbidades clínicas ao TP e seus diferentes tipos. Indivíduo com diagnóstico de voyerismo, exibicionismo e pedofilia pode apresentar sintoma relacionado a: transtorno depressivo, bipolar, de ansiedade, uso de substância, hipersexualidade, déficit de atenção/hiperatividade, antissocial, e outros parafilicos, sendo o *voyer* associado, também, a transtorno de conduta.⁴

O indivíduo com diagnóstico de frotteurismo, em geral, pode estar apresentando uso de estimulante (por exemplo, cocaína e anfetaminas) e sintoma de hipersexualidade. O sadismo sexual evidencia comorbidade com transtorno de personalidade antissocial; o fetichismo com hipersexualidade e, raramente, quadro neurológico, e o travestismo, com disforia de gênero.⁴

Ressalta-se, em relação à excitação sexual, que nos transtornos exibicionista (expor o genital) e voyerista (observar a atividade sexual), esta é seguida de masturbação, sem pretensão do contato íntimo e consentimento do outro. Mas exposição sexual genital associada a crianças e crianças pré-púberes (sem maturidade física) associa o exibicionista à pedofilia.⁵ São formas intensas e repetitivas de excitação e prazer sexual.⁴

PARAFILIA

A parafilia é definida como o interesse sexual, intenso e persistente, não orientado à estimulação genital ou às

carícias preliminares típicas do comportamento sexual normofílico entre parceiros sexuais com consentimento, fenótipo normal e maturidade física.^{4,7} Indivíduos com parafilia não respondem ao estímulo erótico típico e o comportamento sexual exclui e prejudica a ligação entre as pessoas.⁶

Nos seres humanos, o comportamento sexual auxilia a criação do vínculo, a cooperação, a expressão e a estimulação do amor entre os parceiros. Mas a parafilia está associada à não completude do desenvolvimento necessário ao ajustamento sexual, apresenta falha edípica; compromete os relacionamentos e a capacidade para obter intimidade.^{2,3,6} Ora a libido se desloca ao objeto inanimado (fetichismo), ora lida com a ansiedade de castração (exibicionismo e voyerismo) e compensa a impotência edípica (pedofilia e sadismo sexual), não canalizando o impulso ao comportamento sexual normofílico.⁶

Para os psicanalistas, a diferenciação entre as parafilias está relacionada com o mecanismo para lidar com o conflito.² O comportamento parafilico se reproduz e se repete como forma de preferência devido à ruptura no desenvolvimento sexual, gera parada em uma fase específica e bloqueia o desenvolvimento da sequência ideal entre encontro, cortejo e ato sexual.⁸ Todo ser humano desenvolve uma forma estímulo para a excitação sexual, uma impressão (*imprinting*), compondo o repertório sexual, que pode ser desenvolvido por um objeto não sexual e com conteúdo parafilico.⁸

O indivíduo com parafilia (seja o ato ou a fantasia), mas respondente ao estímulo erótico normofílico, não configura o diagnóstico do transtorno, uma vez que o estímulo sexual parafilico é essencial à excitação e ao orgasmo das pessoas com o transtorno, sendo sua forma de prazer.^{6,9} O diagnóstico está relacionado ao aprisionamento e à restrição como forma de preferência repetida na excitação e no prazer sexual.²

A parafilia, perversão, aparece na população geral como parte eventual do repertório sexual individual. Adultos e estudantes universitários relatam fantasia de humilhação, *bondage*, dominação e submissão cujo conteúdo parafilico de voyerismo, fetichismo e sadomasoquismo está presente.^{5,6,10} Dentre as fantasias mais comuns, estão as parafilicas de dominação feminina e do ato sexual com duas mulheres e um homem; e a normofílica, o sexo oral.¹⁰

A troca de casais e o sexo a três são exemplos de vivência parafilica em que, com o passar do tempo, em maior ou menor grau, dificultam o relacionamento afetivo. Em geral, o indivíduo com transtorno parafilico apresenta um padrão de vínculo afetivo cujo desejo e a excitação sexual parafilica geram uma demanda sexual no outro, o que dificulta um relacionamento afetivo estável.¹¹

A publicação do Compêndio de Psiquiatria, em 2017, aponta que, apesar de ser uma prática de pequena parcela da população, a característica persistente e repetitiva do

comportamento gera grande número de vítimas. Isso sugere uma incidência maior que a diagnosticada ao se considerar o amplo material comercializado (em especial, o pornográfico), a ausência de informação de consumidores deste material em relação ao ato e/ou fantasia parafilica e a resposta ou não ao estímulo sexual normofílico.⁶

A prevalência do interesse e do comportamento parafilico na população geral canadense (n = 1.040, sendo 475 homens e 565 mulheres) foi descrita, com significância estatística na diferença entre homens e mulheres, as preferências parafilicas: em homens, voyerismo, seguido de fetichismo e exibicionismo (*script*); em mulheres, de masoquismo e conteúdo parafilico (pornográfico) na internet, prevalência de voyerismo, seguido de exibicionismo, frotteurismo e fetichismo. A fantasia sexual de sexo oral e de dominação feminina foi identificada.^{10,12}

A prevalência no Brasil em relação à presença de comportamentos sexuais não convencionais, muitos com conteúdo parafilico, foi relatada em 52,3% dos homens de 7.022 indivíduos que participaram de pesquisa realizada nas diferentes regiões do Brasil.⁷ A baixa prevalência na mulher, para a psicanálise, está relacionada à sublimação do impulso pré-genital em situações cotidianas (por exemplo, expor partes do corpo e usar adornos), não necessitando externar a perversão.¹

A parafilia apresenta subdivisões, tais como atividade anômala, como o sadismo sexual, e objetos anômalos, como o fetiche. Outra subdivisão: a presença de vítima, em que o comportamento pode gerar vítima e, irremediavelmente, gera vítima (pedofilia, sadismo sexual, voyeurista, exibicionista, frotteurista). A maior incidência é de voyeurismo, diagnosticado independentemente do relato de sofrimento, mas com a presença de prejuízo significativo no funcionamento social, ocupacional ou outras áreas da vida.⁵

A hipersexualidade parafilica está associada à busca de prazer imediato a despeito de consequências danosas; assemelha-se a sintoma obsessivo-compulsivo e a quadro de outras dependências.² Com a ausência de conteúdo parafilico, é descrito o desejo sexual específico, a multiplicidade de parceiros, a compulsão (masturbatória, pornográfica e sexual); com ato sexual consensual. A hipersexualidade, com ou sem sintoma parafilico, compromete a vida global (ambientes e relacionamentos íntimos e/ou interpessoais).^{4,13}

Contudo, a compreensão da parafilia e a diferenciação do transtorno parafilico se fazem necessárias em nossa sociedade, uma vez que a convivência com indivíduos parafilicos e a memória parafilica favorece o envolvimento com tais práticas.² Ressalta-se a atenção especial ao adolescente, uma vez que o início dos sintomas parafilicos descritos nos critérios diagnósticos do DSM-5 (critério A) está relacionado a essa fase do desenvolvimento humano, segundo os relatos de pesquisa com essa população.⁴

CORRELAÇÃO COM OUTRAS ÁREAS DO CONHECIMENTO

“De todos os desvios de comportamento social, os crimes e os delitos sexuais são incontestavelmente aqueles a propósito dos quais, na maioria das vezes, é feita referência à loucura”.¹⁴ A parafilia envolve interesse em cenários legais e ilegais, conforme os critérios diagnósticos do DSM-5. Casos ilegais são classificados como crime sexual, mas nem todo crime desta natureza se associa à parafilia.¹⁵ O comportamento criminoso, principalmente envolvendo violência, perpetrado por indivíduos com transtornos mentais, é uma questão pública importante.¹⁶

O caráter heterogêneo do crime sexual é um desafio para a justiça criminal, devido às variações nas características do comportamento criminoso em relação ao tipo de comportamento, à motivação da ação, ao tipo de vítima, ao transtorno psiquiátrico (entre eles, de personalidade) e aos aspectos psicológicos e psicodinâmicos das teorias.¹⁶

Questões éticas e legais relacionam o diagnóstico psiquiátrico e a justiça criminal perante o ato criminoso, principalmente quanto à capacidade e à incapacidade psíquica do indivíduo (ou seja, a autonomia). Dentre elas: quais os limitam, quais princípios levam a ação criminoso e como é feita essa avaliação.¹⁷

Do ponto de vista legal, o transtorno parafilico apresenta um padrão de comportamento de relevância criminal; alguns relacionados a crimes hediondos como a pedofilia e o sadismo sexual.^{5,15} Estes transcendem a noção típica de sexualidade e se degeneram em sociopatia e predação. O dano sofrido pela vítima, em geral, apresenta comorbidade clínica e pode ser compreendido do ponto de vista jurídico com informação sobre elementos da história do paciente, observação clínica e avaliação cognitiva. Mas, raramente, solicita-se avaliação psiquiátrica e psicológica no Brasil.⁵

Segundo Landy, a avaliação da responsabilidade de um criminoso está relacionada a aspectos morais e sociais e não, exclusivamente, a uma avaliação psiquiátrica.¹⁷ A responsabilidade penal só pode ser aplicada às pessoas responsáveis do ponto de vista moral, em que o livre-arbítrio esteja associado às ações realizadas pelos indivíduos com consciência e vontade.¹⁴ Em desacordo com valores e regras morais e sociais, estas ações, normalmente, acarretam culpa.

O Título VI do Código Penal, em 7 de agosto de 2009, na Lei nº 12.015, altera o termo “crime contra os costumes” para “crimes contra a dignidade sexual” engloba os artigos: 215, violação sexual; 216, estupro; 217, estupro de vulnerável e 16-A, assédio sexual.¹⁸ A nomenclatura anterior, datada de 1940, não traduzia a realidade brasileira quanto à proteção prevista no código penal. Foi considerada a preocupação com a liberdade sexual dos indivíduos e a compreensão do homem e da

mulher tanto como agente do crime, quanto como polo passivo (antes, salvaguardado: mulher, criança e pré-púbere).¹⁸

A alteração da Lei 12.015 provocou modificações importantes na Legislação Penal Brasileira, promovendo mudanças no Estatuto da Criança e do Adolescente e na Lei 8.072, de 1990, relacionada aos crimes hediondos, ajustando-se a terminologia à Constituição Federal Brasileira de 1988. Mas a garantia constitucional de retroatividade legal permite a utilização da lei anterior em situações nas quais possa haver o benefício do réu (no caso, do indivíduo autor do ato criminoso).¹⁸

Nos ambientes forenses dos Estados Unidos, o DSM-5 tem sido amplamente utilizado como critério diagnóstico para o transtorno parafilico. A avaliação da presença ou ausência de parafilia e o impacto tem sido uma recomendação judicial para crime sexual. Isso tem permitido identificar o comportamento sexual predatório, mas existe uma dificuldade para integrar aspectos psiquiátricos, legais e a sociedade geral (por exemplo, em relação a parafilia e a possibilidade de integração social).¹⁹

Em relação ao crime hediondo de pedofilia, só se configura crime com a prática do ato sexual em si ou a exposição de imagem e de conteúdo pornográfico à criança e adolescente.²⁰ Exposição genital a criança e pré-púbere evidencia sintoma de pedofilia e de exibicionismo. Estudos com pedófilos homens, com excitação predominante por crianças, apontam correlações com o transtorno de abuso de substância, o transtorno de humor e ansiedade.²¹ Alta taxa de alcoolismo é vista em estudos com portadores do transtorno.

O diagnóstico, segundo o DSM-5, pode ocorrer em situações cujo interesse em crianças e pré-púberes não é levado à ação, mas os anseios e as fantasias causam sofrimento acentuado ou dificuldade interpessoal.^{5,21} Tratar o sofrimento presente na excitação sexual por crianças pode auxiliar a não expressão do sintoma por meio do comportamento.⁵

Grandes esforços para identificar o indivíduo parafilico são vistos em casos de pedofilia em decorrência de a vítima ser criança.¹ A identificação do agressor ocorre com menor frequência nos casos de masoquismo e de sadismo, uma vez que se relaciona a situações cujo sofrimento impresso na prática sexual deixa sequelas ou resulta em morte do parceiro. O exibicionista e o *voyer* são identificados em situações de flagrante e apreensão.¹

Em relação ao sadismo sexual, a justiça busca identificar pessoas que forcem crianças e adultos, sem consentimento, a experimentar sofrimento físico e psicológico como parte da própria busca por excitação sexual. Pode ser associado a transtorno de personalidade antissocial, em geral, aguardando julgamento.⁵

Landy ressalta o fato de a psiquiatria não ser uma ciência exata, e em muitos momentos o julgamento clínico não é rigoroso e objetivo do ponto de vista de uma análise semiológica. E não há como reduzir aspectos técnicos e complexos relacionados à personalidade de um criminoso a uma linguagem comum.¹⁴

CONSIDERAÇÕES SOBRE A PSICOTERAPIA

Alfred Kinsey descreve, em seus estudos, a origem do comportamento sexual humano determinada pelo processo de aprendizagem e de condicionamento associado à influência ambiental (cultural).⁸ Nesta perspectiva, para os teóricos da aprendizagem social, o comportamento sexual tido como não convencional-parafílico é aprendido, assim como o convencional; deriva-se de condicionamentos infantis, sendo o ato sexual estabelecido a partir de fantasia sexual e de masturbação.^{1,2,22}

Os primeiros estudos das aplicações da terapia comportamental para essa população estavam relacionados à teoria de condicionamento (desenvolvimento e manutenção do comportamento sexual transgressor) tendo alcance limitado.³ O comportamento parafílico era associado à motivação, exclusiva, sexual, com preferência de natureza aprendida (natureza desviada) e, após muitos questionamentos, substituído pela abordagem cognitivo-comportamental ampla, com estratégias interventivas mais complexas (terapia aversiva, recondicionamento orgástico, treino de assertividade, desenvolvimento de habilidade social).³

Para Marshall e Fernández, alterar o comportamento transgressor está relacionado a um direcionamento pró-social, cuja melhora da autoestima o torne capaz de mudar, uma vez que o delito está sob influência de outros fatores, tais como: dificuldade com solução de problemas, uso e abuso de substância psicoativa, limitado controle de emoções negativas (como a raiva).³ O indivíduo é merecedor de afeto e de recompensa proveniente da relação pró-social adulta, conforme referido pelos autores em relação ao conceito de autoeficácia de Bandura.³

A terapia cognitivo-comportamental entende a expressão do comportamento sexual parafílico relacionado à crença e às distorções (por exemplo, mitos relacionados ao desejo sexual de homens e mulheres).³ Estas distorções podem ser vistas no conteúdo de fantasia sexual responsável pelo condicionamento associado à experiência orgásmica. Mudança no pensamento durante a masturbação altera a resposta a estímulos responsáveis pela capacidade de excitação e de prazer sexual.^{23,24}

Na psicoterapia, é adotado um tom positivo, cujo objetivo é o resgate da virtude e do potencial de desenvolvimento do indivíduo. Ampliar as habilidades sociais possibilita criar um ambiente em que se desenvolva uma atividade sexual gratificante. Aumenta o repertório de intimidade e equidade na relação afetiva, cuja satisfação com a vida esteja presente, e a relação sexual não seja o único caminho para a intimidade.^{3,23,24}

Associa-se, nesses casos, a avaliação psiquiátrica de risco para distinguir os fatores estáticos e os dinâmicos (agudos e estáveis) relacionados à parafilia. Estáticos são aspectos

imutáveis (por exemplo, a história de vida individual e a criminológica).²¹ Dinâmicos, estáveis, são passíveis de alteração (por exemplo, as crenças, as distorções cognitivas e a excitação sexual desviada) e os agudos, modificados de forma mais rápida a partir da vontade do indivíduo (por exemplo, isolamento social, uso e abuso de substância).²¹

A não efetividade da psicoterapia sem a combinação com o tratamento psiquiátrico e a prescrição de psicofármaco para indivíduo com transtorno parafílico é apontada por Oliveira Jr. (com referência aos estudos de Kafka).⁸ Recomenda-se o uso de antidepressivo e neuroléptico para o tratamento parafílico; fluoxetina, em altas doses, para pedófilo.² Alguns países autorizam a associação de substância antiandrogênica.² A medicação visa à diminuição da libido para o controle da parafilia, enquanto a psicoterapia identifica aspectos associados e desenvolve alternativas mais adaptadas aos relacionamentos.²

Uma proposta de tratamento canadense divide o parafílico em três grupos: encarcerado durante o tratamento, o que esteve preso ou que nunca tenha estado em regime prisional. Avalia-se o risco de segurança (em três níveis) e a necessidade de tratamento. O detento é encaminhado para a penitenciária onde haja o tratamento adequado, sendo: nível 1 (alto risco e tratamento intensivo); nível 2 (baixo risco e programa prévio de saída da prisão) e nível 3 (programa na comunidade). O nível 2 fortalece o indivíduo antes de voltar à comunidade e a prevenção de recaída.³

A proposta de tratamento visa superar a negação e a minimização em relação ao delito cometido. Busca a empatia com a vítima, a alteração de crença, a distorção cognitiva e fantasia relacionada ao comportamento expresso; desenvolve um plano de prevenção de recaída saudável.³

NOVAS PERSPECTIVAS

Após a publicação do DSM-5 (2014), a Organização Mundial de Saúde (OMS) revisa, atualmente, a publicação Classificação de Transtornos Mentais e de Comportamento (CID-10) cujo termo transtorno de preferência sexual (F65.0 a F65.9) nomeia o eixo de diagnóstico para o transtorno parafílico, dividindo-o nas categorias: fetichismo, travestismo fetichista, exibicionismo, voyerismo, pedofilia, sadomasoquismo, transtornos múltiplos de preferência sexual, outros transtornos de preferência sexual e transtorno de preferência sexual não identificado.²⁵

A proposta de atualização do CID-10 para a 11ª versão será apresentada pela comissão The Working Health Classification Sexual Disorders and Sexual Health (WGSDSH) na Assembleia Mundial da Organização Mundial de Saúde (OMS) em 2018. As propostas relacionadas ao eixo de diagnóstico de parafilia são:

1. Alteração da nomenclatura para Transtorno Parafílico e

2. Divisão em cinco nomes específicos: *Exhibitionistic Disorder*, *Voyeuristic Disorders*, *Pedophilic Disorders*, *Coercive Sexual Sadism Disorder*, *Frotteuristic Disorder*; e duas categorias corroborando presença ou ausência de consentimento individual: *Other Paraphilic Disorder Involving Non-Consenting Individuals*; *Other Paraphilic Disorder Involving Solitary Behavior ou Consenting Individual*.²⁶

A categoria “*Coercive Sexual Sadism Disorder*” visa englobar as parafilias descritas no DSM-5 nas categorias: fetichista, travestista e sadomasoquista, em que há consentimento para a prática da atividade sexual e a característica de ação solitária compromete ou não o funcionamento de outras esferas da vida do indivíduo.²⁶ A presença de consentimento e a maturidade física (adulto) para a prática parafilica distingue esta categoria da outra do transtorno.

A divisão proposta pelo CID-11 quanto ao diagnóstico do comportamento normal e criminal facilita a unificação da compreensão psiquiátrica e jurídica (criminal) em relação à ação criminosa executada por meio do comportamento sexual do indivíduo. Tal perspectiva pode estar associada à avaliação jurídica feita pela OMS, em diferentes países, com objetivo de aprimorar o CID-10 para utilização forense (por exemplo, em caso de comportamento coercitivo sádico (psicológico e/ou físico) sem consentimento.²⁶ Contribui, também, para não criminalizar o comportamento e/ou a fantasia sexual parafilica, estigmatizada, devido ao componente erótico de excitação sexual atípico (não normofílico), mas praticado por adultos com consentimento prévio.²⁶

Outra perspectiva científica a ser considerada para uma melhor compreensão da complexidade evidenciada em indivíduos diagnosticados com transtorno parafilico é a realização de pesquisas de mapeamento molecular genético, com objetivo de tentar compreender os aspectos genéticos associados à expressão ou não do comportamento parafilico. Uma das pesquisas mais recentes indicou a necessidade de estudos para identificar parafilias na população geral, principalmente, características genéticas de interesse por crianças e pré-púberes associadas à pedofilia.²⁶

Estudo genético molecular com gêmeos idênticos (n = 1.672) cujo objetivo era apresentar possíveis variantes genéticas associadas à pedofilia e ao interesse sexual em crianças identificou um mecanismo biológico complexo associado a essa forma de excitação sexual presente em variantes genéticas no SNPs (*single nucleotide polymorphisms*) e esteroide-5-a-reductase. Foi recomendada a ampliação do estudo na população geral para avaliar:

1. O interesse em crianças, uma vez que 0,8% dos homens que compuseram a amostra relataram tal preferência e
2. Investigar histórico de agressão (com ou sem queixa) na justiça criminal.²⁷

CONCLUSÃO

A ampliação de estudos relacionados à parafilias em diferentes áreas do conhecimento corrobora a proposta de diálogo deste artigo. Compreender em profundidade a expressão do comportamento de diferentes parafilias em nossa sociedade, tanto as relacionadas a indivíduos com padrão normofílico de excitação sexual quanto de padrão parafilico, favorece o diagnóstico precoce do transtorno e a criação de ações públicas efetivas.

A identificação de conteúdo parafilico como prática presente na atividade sexual (seja, fantasia ou expressão do comportamento) pode evitar consequências danosas, dependendo do tipo de parafilias, tanto à parceria quanto à sociedade. Evita, ainda, o comprometimento associado ao transtorno nos diferentes ambientes (relacionamento íntimo e/ou interpessoal e trabalho).

O fato de o início dos sintomas relatados pelos indivíduos estar na adolescência requer uma atenção especial da psiquiatria, psicologia e justiça criminal, pois a convivência com pessoas parafilicas e a memória parafilica favorecem o envolvimento com tais práticas. Ação psicoeducativa e proposta de tratamento eficaz podem auxiliar o desenvolvimento sexual e a diminuir de forma gradativa da incidência de crime sexual associado a não contenção da excitação sexual parafilica no ato criminoso, mas não criminaliza o comportamento erótico de excitação sexual atípico praticado por adultos com consentimento prévio.

REFERÊNCIAS

1. Abdo CHN. Transtorno de preferência sexual. In: Abdo CHN, editor. Sexualidade humana e seus transtornos. São Paulo: Casa Editora; 2015. p. 237-49.
2. Abdo CHN, Spizzirri G, Scanavino MT. Transtorno da sexualidade e da identidade de gênero. In: Forlenza OV, Miguel EC, editores. Compêndio de clínica psiquiátrica. Barueri: Manole; 2012. p. 476-91.
3. Marshall WL, Fernández YM. Enfoques cognitivo-comportamentais para as parafilias: o tratamento da delinquência sexual. In: Caballo VE, editor. Tratamento cognitivo-comportamental dos transtornos psicológicos. São Paulo: Santos Editora; 2015. p. 299-331.
4. American Psychiatric Association. Transtornos parafilicos. In: American Psychiatric Association. Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais. Porto Alegre: ArtMed. 2014. p. 685-6.
5. Barnhill JW. Transtornos Parafilicos. In: Barnhill JW, editor. Casos clínicos do DSM-5. Porto Alegre: Artmed; 2015. p. 329-32.

6. Sadock BJ, Sadock VA, Ruiz P. Transtornos parafilicos. In: Sadock BJ, Sadock VA, editores. *Compêndio de psiquiatria: ciência do comportamento e psiquiatria clínica*. Porto Alegre: ArtMed; 2017. p. 593-9.
7. Moser C. DSM-5 and the Paraphilic Disorders: Conceptual Issue. *Arch Sex Behav*. 2016;45(8):2181-6.
8. Oliveira Junior WM. *Comportamentos sexuais não convencionais e correlações com parâmetros de saúde física, mental e sexual em amostra de 7.022 mulheres e homens de cinco regiões brasileiras [dissertação]*. São Paulo: Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo; 2007.
9. Merrick WA. Changes in DSM-5 Diagnostic Criteria for Paraphilic Disorders. *Arch Sex Behavior*. 2016;45(8):2173-9.
10. Joyal CC. Defining "Normophilic" and "Paraphilic" Sexual Fantasies in a Population-Based Sample: On the Importance of Considering Subgroups. *Sex Med*. 2015;3(4):321-30.
11. Kafka MP, Prentiss R. A comparative study of nonparaphilic sexual addictions and paraphilias in men. *J Clin Psychiatry*. 1992;53(10):345-50.
12. Joyal CC, Carpentier J. The Prevalence of Paraphilic Interests and Behaviors in the General Population: A Provincial Survey. *J Sex Res*. 2017;54(2):161-71.
13. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of mental disorders – DSM-5*. Arlington: American Psychiatric Association; 2013. Disponível em: <https://psicovaleiro.files.wordpress.com/2014/06/dsm-v-manual-diagn3b3stico-y-estad3adstico-delos-trastornos-mentales.pdf>. Acessado em 2017 (16 mai).
14. Landy M. *O Psiquiatra no Tribunal: o processo da perícia psiquiátrica em justiça penal*. São Paulo: EDUSP; 1981.
15. Fedoroff JP. Forensic and diagnostic concerns arising from the proposed DSM-5 criteria for sexual paraphilic disorders. *J Am Acad Psychiatry Law*. 2011;39(2):238-41.
16. Chiswick D, Thompson DG. The relationship between crime and psychiatry. In: Shea SC, editor. *Psychiatric Interviewing: the art of understanding a practical guide for psychiatrists, psychologists, counselors, social workers, nurses, and other mental health professionals*. London: Elsevier; 1998. p. 701-27.
17. Potts SG, Crichton, JHM. Legal and ethical aspects of psychiatric. In: Shea SC, editor. *Psychiatric Interviewing: the art of understanding a practical guide for psychiatrists, psychologists, counselors, social workers, nurses, and other mental health professionals*. London: Elsevier; 1998. p.728-40.
18. Moura BD. Os crimes sexuais e a lei nº 12.015/2009. Disponível em: www.jus.com.br/amp/artigos/37514/1. Acessado em 2017 (16 mai).
19. First MB. DMS-5 and paraphilic disorders. *J Am Acad Psychiatry Law*. 2014;42(2):191-201.
20. Serafim AP, Saffi F, Marques NM, Achá MFF, Oliveira MC. Avaliação neuropsicológica no direito penal. In: Saffi F, Achá MFF, Oliveira MC, Marques NM, Serafim AP, editores. *Avaliação neuropsicológica forense*. São Paulo: Pearson; 2017. p. 79-108.
21. Rigonatti SR, Baltieri DA. Transtornos mentais e comportamento violento. In: Miguel EC, Gentil V, Gattaz WF, editores. *Clínica Psiquiátrica*. Barueri: Editora Manole; 2011. p. 160-5.
22. Laws DR, Marshall WL. Masturbatory reconditioning with sexual deviates: An evaluative review. *Advances in Behaviour Research and Therapy*. 1991;13(1):13-25. Disponível em: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/014664029190012Y>. Acessado em 2017 (16 mai).
23. McGuire RJ, Carlisle JM, Young BG. Sexual deviations as conditioned behavior: a hypothesis. *Behav Res Ther*. 1964;2(2-4):185-90.
24. Marquis JN. Orgasmic reconditioning: changing sexual object choice through controlling masturbation fantasies. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*. 1970;1(4):263-71.
25. Organização Mundial de Saúde. *Classificação de Transtornos Mentais e de Comportamento da CID-10*. Porto Alegre: ArtMed; 1993. p. 213-6.
26. Krueger RB, Reed GM, First MB, et al. Proposals for Paraphilic Disorders in the International Classification of Diseases and Health Problems, Eleventh Revision (ICD-11). *Arch Sex Behav*. 2017;46(5):1529-45.
27. Alanko K, Gunst A, Mokros A, Santtila, P. Genetic Variants Associated With Male Pedophilic Sexual Interest. *J Sex Med*. 2016;13(5):835-42.