Arnaldo Barbieri Filho

**Associação de traços de transtorno obsessivo-compulsivo
e/ou de transtorno de personalidade obsessivo-compulsiva
com traços de parafilias e/ou de transtornos parafílicos em
alunas de uma faculdade de medicina**

Dissertação apresentada à Faculdade de
Medicina da Universidade de São Paulo para
obtenção do título de Mestre em Ciências

Programa de Psiquiatria
Orientadora: Profa. Dra. Carmita Helena
Najjar Abdo

SÃO PAULO

2018

AUTORIZO A REPRODUÇÃO E DIVULGAÇÃO TOTAL OU PARCIAL DESTE TRABALHO, POR QUALQUER MEIO CONVENCIONAL OU ELETRÔNICO, PARA FINS DE ESTUDO E PESQUISA, DESDE QUE CITADA A FONTE.

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

Preparada pela Biblioteca da
Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo

©reprodução autorizada pelo autor

Barbieri Filho, Arnaldo

Associação de traços de transtorno obsessivo-compulsivo e/ou de transtorno de personalidade obsessivo-compulsiva com traços de parafilias e/ou de transtornos parafilicos em alunas de uma faculdade de medicina / Arnaldo Barbieri Filho. -- São Paulo, 2018.

Dissertação (mestrado) -- Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo.

Programa de Psiquiatria.

Orientadora: Carmita Helena Najjar Abdo.

Descritores: 1. Transtornos parafilicos
2. Transtorno obsessivo-compulsivo 3. Transtorno de personalidade obsessivo-compulsiva 4. Mulheres

USP/FM/DBD-033/18

Responsável: Kátia Maria Bruno Ferreira - CRB-8/6008

Dedicatória

À minha querida esposa Neusa, com muito amor.

Ao meu amado filho Lucas.

Razões da minha vida.

Obrigado pela paciência!

In memória de meus entes queridos, falecidos durante esta

Dissertação: meu pai Arnaldo Barbieri e minha tia Maria

Orlís Gabarra - AMOR ETERNO!

À minha mãe, Profa. Dra. Maria Ortiz Gabarra Barbieri.

SAUDADE ETERNA!

Agradecimentos

À Profa. Dra. Carmita Helena Najjar Abdo, querida professora e orientadora. Obrigado pela paciência e dedicação; meu respeito e admiração pela sua serenidade, conhecimento e amor à ciência. É uma grande honra ser seu orientando! Eternamente grato!

À Maria Cecília Onofre, secretária da Pós-Graduação do Departamento de Oftalmologia, Otorrinolaringologia e Cirurgia de Cabeça e Pescoço da Faculdade de Medicina da de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, por toda ajuda nos momentos mais difíceis.

À médica Ana Clara Soares, pela grande ajuda na aplicação dos questionários.

A todas as alunas que colaboraram na execução desta pesquisa.

À Eliza e à Isabel, secretárias de Pós-Graduação do Departamento de Psiquiatria, pela dedicação e eficiência de seus trabalhos.

Ao Vinícius Fernando Calsavara, pela dedicada e eficiente consultoria estatística.

À Denise e ao Lucas, pela paciência e dedicação nos difíceis momentos que antecederam a definitiva submissão do Projeto.

Ao Prof. Dr. Francisco Lotufo Neto, Prof. Dr. Marcelo Feijó de Mello e Prof. Dr. Marcelo Queiroz Hoexter, pelas dicas durante a Qualificação.

NORMALIZAÇÃO ADOTADA

Esta dissertação está de acordo com as seguintes normas, em vigor no momento desta publicação:

Referências: adaptado de *International Committee of Medical Journals Editors* (Vancouver).

Universidade de São Paulo. Faculdade de Medicina. Divisão de Biblioteca e Documentação. *Guia de apresentação de dissertações, teses e monografias*. Elaborado por Anneliese Carneiro da Cunha, Maria Julia de A. L. Freddi, Maria F. Crestana, Marinalva de Souza Aragão, Suely Campos Cardoso, Valéria Vilhena. 3a ed. São Paulo: Divisão de Biblioteca e Documentação; 2011.

Abreviaturas dos títulos dos periódicos de acordo com *List of Journals Indexed in Index Medicus*.

SUMÁRIO

LISTA DE FIGURAS

LISTA DE TABELAS

LISTA DE SIGLAS

RESUMO

ABSTRACT

1. INTRODUÇÃO	19
1.1. Parafilias e Transtornos Parafílicos (TP)	20
1.1.1. Definição e classificação das Parafilias e dos TP	20
1.1.2. Prevalência das Parafilias e dos TP	23
1.1.2.1. Bondage, Disciplina, Dominação, Submissão, Sadismo e Masoquismo (BDSM)	24
1.1.2.2. Pedofilia.....	25
1.1.2.3. Exibicionismo/voyeurismo/frotteurismo	25
1.1.2.4. Transvestismo	25
1.1.2.5. Fetichismo	25
1.1.2.6. Zoofilia	26
1.1.3. Etiologias das Parafilias e TP	26
1.1.3.1. Etiologias de base psicológica e ambiental.....	26
1.1.3.2. Etiologias de base orgânica.....	31
1.1.3.2.1. Anormalidades cerebrais.....	31
1.1.3.2.2. Fatores hormonais e influência de medicamentos.....	35
1.1.3.2.3. Influência genética	37
1.1.3.2.4. Marcadores biológicos.....	38
1.1.4. Métodos de avaliação para Parafilias	38
1.1.5. Associação de Parafilias com outros quadros psiquiátricos	40
1.2. Transtorno Obsessivo-compulsivo (TOC).....	40
1.2.1. Definição e classificação do TOC	40
1.2.2. Prevalência do TOC	42
1.2.3. Bases etiológicas do TOC	43
1.2.3.1. Influências genéticas.....	43
1.2.3.2. Anormalidades cerebrais.....	44
1.2.3.3. Fatores ambientais e psicológicos	44
1.3. Transtorno de Personalidade Obsessivo-compulsiva (TPOC)	45
1.3.1. Definição do TPOC	45
1.3.2. Prevalência do TPOC.....	46
1.3.3. Bases etiológicas do TPOC.....	46
1.4. Associação entre sintomas de TOC com Parafilias/TP	47
1.5. Associação entre sintomas de TPOC com Parafilias/TP	47
2. JUSTIFICATIVA.....	48

3. OBJETIVOS.....	51
3.1. Objetivo geral	52
3.2. Objetivos específicos.....	52
4. HIPÓTESES.....	53
5. CASUÍSTICA E MÉTODOS	55
5.1. Sujeitos	56
5.2. Critérios de inclusão e exclusão	57
5.3. Procedimentos	57
5.4. Instrumentos de avaliação.....	58
5.4.1. Sintomas de Parafilias e Transtornos Parafílicos	58
5.4.2. Sintomas de Transtorno de Personalidade Obsessivo-compulsiva	59
5.4.3. Sintomas de Transtorno Obsessivo-compulsivo (escala de Yale Brown).....	60
5.5. Análise estatística	61
6. RESULTADOS.....	62
6.1. Caracterização da amostra	63
6.2. Frequências dos quadros pesquisados	67
6.3. Tabelas cruzadas	70
6.4. Modelo de Regressão logística	82
6.5. Resumo dos resultados.....	87
7. DISCUSSÃO	89
7.1. Amostra.....	90
7.2. Frequência de fantasias parafílicas, Parafilias e TP	91
7.2.1. Frequência de fantasias parafílicas, Parafilias e TP (geral).....	91
7.2.2. Frequência de fantasias parafílicas, Parafilias e TP (BDSM)	95
7.2.3. Frequência de fantasias parafílicas, Parafilias e TP (pedofilia)	97
7.2.4. Frequência de fantasias parafílicas, Parafilias e TP (voyeurismo, exibicionismo e frotteurismo).....	98
7.2.5. Frequência de fantasias parafílicas, Parafilias e TP (transvestismo)	99
7.2.6. Frequência de fantasias parafílicas, Parafilias e TP (fetichismo).....	99
7.3. Frequência de TOC	100
7.4. Frequência de TPOC	101
7.5. Associação entre Parafilias/TP e TOC.....	102
7.6. Associação entre Parafilias/TP e TPOC	106
7.7. Implicações para futuras pesquisas	107
7.8. Implicações para a clínica.....	109
7.9. Limitações do estudo	110
8. CONCLUSÕES.....	112
9. ANEXOS	114
10. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	135

Lista de Figuras

Figura 1 - Frequência de cada fantasia parafílica.....	67
Figura 2 - Frequência de cada parafilia	68
Figura 3 - Frequência de cada transtorno parafílico	69
Figura 4 - Frequência de TOC, TOC subclínico e TPOC	70

Lista de Tabelas

Tabela 1- Raça	63
Tabela 2- Nível sociodemográfico.....	64
Tabela 3- Saúde física	64
Tabela 4- Grau de instrução	65
Tabela 5- Situação conjugal.....	65
Tabela 6- Religião.....	66
Tabela 7- Orientação sexual	66
Tabela 8- Idade.....	66
Tabela 9 - Associação entre TOC e Parafilia Voyeurismo.....	71
Tabela 10 - Associação entre TOC e TP Voyeurista	71
Tabela 11 - Associação entre TOC e Parafilia Exibicionismo.....	72
Tabela 12 - Associação entre TOC e TP Exibicionista	72
Tabela 13- Associação entre TOC e Parafilia Frotteurismo.....	73
Tabela 14 - Associação entre TOC e TP Frotteurista.....	73
Tabela 15- Associação entre TOC e Parafilia Sadismo.....	74
Tabela 16 - Associação entre TOC e TP Fetichista.....	74
Tabela 17 - Associação entre TOC e pelo menos uma Parafilia	75
Tabela 18 - Associação entre TOC e pelo menos um TP.....	75
Tabela 19 - Associação entre TOC subclínico e Fantasia Exibicionismo	76
Tabela 20 - Associação entre TOC subclínico e Fantasia Fetichismo.....	76
Tabela 21 - Associação entre TOC subclínico e Parafilia Fetichismo	77
Tabela 22 - Associação entre TOC subclínico e pelo menos uma Fantasia Parafílica.....	77
Tabela 23 - Associação entre TPOC e Fantasia Voyeurismo.....	78

Tabela 24 - Associação entre TPOC e Parafilia Exibicionismo	78
Tabela 25 - Associação entre TPOC e TP Exibicionista.....	79
Tabela 26 - Associação entre TPOC e TP do Masoquismo Sexual	79
Tabela 27 - Associação entre TPOC e Fantasia Fetichismo	80
Tabela 28 - Associação entre TPOC e Parafilia Fetichismo	80
Tabela 29 - Associação entre TPOC e TP Fetichista	81
Tabela 30 - Associação entre TPOC e pelo menos uma Fantasia Parafílica ..	81
Tabela 31 - Associação entre TPOC e pelo menos uma Parafilia.....	82
Tabela 32 - Associação entre TPOC e pelo menos um TP	82
Tabela 33 - Estimativas dos parâmetros do modelo de regressão logística ajustado aos dados: Fantasia Voyeurismo aumenta TPOC	83
Tabela 34 - Estimativas dos parâmetros do modelo de regressão logística ajustado aos dados: Fantasia Exibicionista aumenta TOC subclínico.....	84
Tabela 35 - Estimativas dos parâmetros do modelo de regressão logística ajustado aos dados: Parafilia Sadismo e Pelo menos uma Parafilia aumentam TOC	84
Tabela 36 - Estimativas dos parâmetros do modelo de regressão logística ajustado aos dados: Parafilia Exibicionismo e Parafilia Fetichismo aumentam TPOC.....	85
Tabela 37 - Estimativas dos parâmetros do modelo de regressão logística ajustado aos dados: TP Frotteurismo aumenta TOC.....	86
Tabela 38 - Estimativas dos parâmetros do modelo de regressão logística ajustado aos dados: TP Exibicionista e TP do Masoquismo Sexual aumentam TPOC	86

Lista de Siglas

APA-	<i>American Psychiatric Association</i>
BDSM-	Bondage, Disciplina, Dominação, Submissão, Sadismo e Masoquismo
CEP-	Comitê de Ética em Pesquisa
CID-10-	Classificação Internacional de Doenças
DSM-IV-	Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais
FMUSP-	Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo
ISRS-	Inibidores seletivos de recaptação da serotonina
OMS-	Organização Mundial da Saúde
OR-	<i>Odds ratio</i>
PCI-	Inventário de Consumo de Pornografia
PESAP-	Padrão de excitação sexual associado à parafilia
SAP-	Secretaria de Administração Penitenciária
SFQ-	<i>Wilson Sex Fantasy Questionnaire</i>
TOC-	Transtorno Obsessivo-compulsivo
TP-	Transtorno Parafílico
TPOC-	Transtorno de Personalidade Obsessivo-compulsiva
Y-BOCS-	Escala de <i>Yale-Brown</i>

Resumo

Barbieri Filho A. *Associação de traços de transtorno obsessivo-compulsivo e/ou de transtorno de personalidade obsessivo-compulsiva com traços de parafilias e/ou de transtornos parafílicos em alunas de uma faculdade de medicina* [dissertação]. São Paulo: Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo; 2018.

Introdução: Ao longo da história, as parafilias foram ora consideradas patologias, ora não consideradas. O Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-5) estabeleceu a distinção entre parafilias e Transtornos Parafílicos (TP), sendo que apenas os TP foram considerados doenças. Por outro lado, a associação entre sintomas obsessivos e parafilias já foi cogitada por muitos autores. Porém, a falta de melhores definições dos sintomas parafílicos dificultava tais estudos. **Objetivos:** Avaliar a presença de TP e/ou parafilias em mulheres e a possível associação com transtorno obsessivo-compulsivo (TOC) e/ou com transtorno de personalidade obsessivo-compulsiva (TPOC). **Casuística e Métodos:** As alunas (N=190) foram avaliadas por meio de questionários anônimos e autorresponsivos de TOC, TPOC, parafilias e TP. Para o TOC foi utilizada a escala de *Yale-Brown*. Para as demais variáveis foram utilizadas escalas baseadas no DSM-5, segundo o qual indivíduos parafílicos com comportamentos exibicionistas, frotteuristas, voyeuristas e pedofílicos são considerados portadores de TP porque, por definição, seus impulsos são realizados com quem não consentiu ou não tem capacidade de consentir essas práticas sexuais. Porém, se o indivíduo preenche os critérios para estas parafilias e não tem o respectivo comportamento nem sofrimento, ele terá a respectiva parafilia, mas não o TP. **Resultados:** As fantasias parafílicas mais frequentes foram: pelo menos uma parafilia (53,2%), Voyeurismo (30,2%) e Fetichismo (25,4%). As parafilias mais frequentes foram: pelo menos uma parafilia (24,5%), Voyeurismo (9%) e Fetichismo (8,5%). Quanto aos TP, os mais frequentes foram: pelo menos um TP (13,8%), Voyeurista (6,9%), do Masoquismo (3,7%) e Frotteurista (3,7%). O TOC subclínico (*Yale-Brown* entre 8 e 15) foi estatisticamente significativo quando associado a fantasias parafílicas, enquanto o TOC (*Yale-Brown* ≥ 16) quando associado a parafilias e TP. O TPOC foi estatisticamente significativo quando associado a fantasias, parafilias e TP. **Conclusões:** A intensidade dos sintomas de TOC foi diretamente relacionada à intensidade dos sintomas parafílicos, enquanto que o TPOC foi relacionado a fantasias parafílicas, parafilias e TP. Devido a limitações metodológicas como a ausência de instrumentos padronizados validados, os resultados obtidos nesta pesquisa foram considerados traços de associação.

Descritores: transtornos parafílicos; transtorno obsessivo-compulsivo; transtorno de personalidade obsessivo-compulsiva; mulheres.

Abstract

Barbieri Filho A. *Association of traits of obsessive-compulsive disorder and/or obsessive-compulsive personality disorder with traits of paraphilias and/or paraphilic disorders in students of a faculty of medicine* [dissertation]. São Paulo: "Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo"; 2018.

Introduction: Throughout history, paraphilias have been at times considered pathologies or not. The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5) established the distinction between paraphilias and Paraphilic Disorders (PD), with only PD considered as a disease. On the other hand, the association between obsessive symptoms and paraphilias has been considered by many authors. However, the lack of better definitions for paraphilic symptoms made such studies more difficult. **Objectives:** To assess the presence of PD and/or paraphilias in women and its possible association with obsessive-compulsive disorder (OCD) and/or with obsessive-compulsive personality disorder (OCPD). **Case Series and Methods:** Students (N=190) were assessed by means of anonymous, self-reported questionnaires on OCD, OCPD, paraphilias and PD. For OCD, the *Yale-Brown* scale was used. For the other variables scales based on DSM-5 were used, according to which paraphilic individuals with exhibitionistic, frotteuristic, voyeuristic, and pedophilic behaviors were considered as having PD, since, by definition, their impulses are carried out with non-consenting individuals or those unable to consent with such sexual practices. However, if the individual meets the criteria for such paraphilias but does not have the respective behavior or distress, he/she will have said paraphilia, but not PD. **Results:** The most frequent paraphilic fantasies were: at least one paraphilia (53.2 %), Voyeurism (30.2 %) e Fetishism (25.4 %). The most frequent paraphilias were: at least one paraphilia (24.5 %), Voyeurism (9 %) e Fetishism (8.5 %). As regard to PD, the most frequent were: at least one PD (13.8%), Voyeurist (6.9 %), of Masochism (3.7 %) and Frotteurist (3.7 %). Sub-clinical PD (Yale-Brown between 8 and 15) was statistically significant when associated with paraphilic fantasies, whereas OCD (Yale-Brown ≥ 16) when associated with paraphilias and PD. OCPD was statistically significant when associated with fantasies, paraphilias, and PD. **Conclusions:** The intensity of OCD was directly related to the intensity of paraphilic symptoms, whereas OCPD was related to paraphilic fantasies, paraphilias, and PD. The results point to traits of association between these clinical conditions, which recommends research in this direction.

Descriptors: paraphilic disorders; obsessive-compulsive disorder; obsessive-compulsive personality disorder; women

1- Introdução

1.1 Parafilias e Transtornos Parafílicos (TP)

1.1.1 Definição e classificação das Parafilias e TP

Ao longo dos últimos 150 anos, os chamados “desvios” ou “perversões” sexuais foram investigados, definidos e categorizados, sendo que um grande número de preferências, desejos e comportamentos foi ora considerado patologias, ora não considerado. Assim, a Psiquiatria se esforçava para distinguir doenças mentais como “perversões” ou “desvios” sexuais de imoralidade, falta de ética ou comportamentos ilegais (De Block e Adriaens, 2013).

Em 1896, Krafft-Ebing publicou “Psychopathia Sexualis”, que definiu as chamadas “perversões sexuais” como fraquezas hereditárias ou linhagem familiar estragada. Alfred Binet desafiou a ortodoxia de Krafft-Ebing, entendendo que o fetichismo estava associado ao aprendizado. Freud, por sua vez, se pautou no determinismo endopsíquico. Posteriormente, foi defendido que fatores multivariados do desenvolvimento, chamados de “lovemap”, explicavam as Parafilias (Freud, 1989; Money, 2003). Kapfhammer publicou estudo sobre Krafft-Ebing e Sigmund Freud em relação ao discurso sobre a “normalidade” e a “perversão” da sexualidade humana vigente no final do século XIX e início do século XX, em que refere que as instituições religiosas influenciavam os médicos na avaliação de manifestações “normais” de “desviantes” da sexualidade (Freud, 1989; Kapfhammer; Freiherr, 2015; Krafft-Ebing, 1965).

A difícil distinção conceitual entre os desejos sexuais “desviantes” (que são doenças mentais) *versus* aqueles que são variações normais das preferências sexuais (mesmo que excêntricas, repugnantes ou ilegais, quando realizadas) tem significância forense. Já o conceito de TP (anteriormente perversões sexuais) é controverso e abre espaço para o abuso conceitual para propósitos de controle social, segundo Wakefield (2011).

O termo Parafilia foi criado pelo psicólogo John Money e vem sendo utilizado desde o DSM-IV (Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais) (APA, 1994; von Fraqué et al., 2013).

Nem todo parafílico comete crimes sexuais e nem todos os crimes sexuais são cometidos por parafílicos (Fedoroff, 2011). Os atos sádicos, por exemplo, podem ser caracterizados mais por humilhação da vítima, por meio do exercício de poder e controle, do que pelo uso da violência (Richards; Jackson, 2011). Nitschke et al. (2012) referem que o sadismo sexual é diferente de psicopatia. Em estudo com adultos agressores sexuais, aqueles com diagnóstico de sadismo sexual não tiveram relação com recidiva. (Kingston et al., 2010). Em outras amostras de agressores sexuais, os não pedófilos apresentaram significativamente mais patologias mentais que os pedófilos, segundo Strassberg et al. (2012).

De acordo com Sharma (2003), existem pelo menos 40 parafilias nomeadas, mas a totalidade das mesmas é ainda desconhecida. Estão catalogadas parafilias por idosos, amputados, obesos mórbidos, paraplégicos, cadáveres e inúmeras outras (Kaul; Duffy, 1991; Kolla; Zucker, 2009). Assim, há grande variedade de fontes de excitação parafilica, sendo que um autor listou 549 delas (Aggrawal, 2009).

Segundo a décima edição da Classificação Internacional de Doenças (CID-10), as Parafilias ou Transtornos de Preferência Sexual se caracterizam por impulsos sexuais intensos e recorrentes, fantasias sexuais específicas e práticas sexuais repetitivas e persistentes, exclusivamente em resposta a objetos e situações em que há preferência por parceiro sexual que não seja humano, adulto, vivo (transtorno do objeto sexual) e/ou cuja finalidade não seja procriação ou excitação sexual (transtorno do ato) (Abdo, 2012; OMS, 1993).

A CID-10 (OMS, 1993) codifica os Transtornos de Preferência Sexual como F-65, que são subdivididos em: fetichismo (F-65.0), transvestismo fetichista (F-65.1), exibicionismo (F-65.2), voyeurismo (F-65.3), pedofilia (F-65.4), sadomasoquismo (F-65.5), transtornos múltiplos da preferência sexual (F-65.6) e outros transtornos da preferência sexual (F-65.8), tais como frotteurismo, necrofilia e zoofilia.

Há alguns anos defendia-se que o Fetichismo, o Fetichismo Transvêstico e o Sadomasoquismo não deveriam ser considerados doença (Reiersøl; Skeid, 2006). Em 2013, a *American Psychiatric Association (APA)* publicou o DSM-5 (APA, 2013), que foi alvo de várias polêmicas, pois os pesquisadores divergiam sobre o que deveria ser considerado patológico e o que não deveria, em relação às parafilias (De Block; Adriaens, 2013; Fedoroff, 2011; Fedoroff et al., 2013; Krueger, 2010a,b, 2011; Wakefield, 2011).

A novidade do DSM-5 foi a distinção entre Parafilia e TP. O termo Parafilia representa qualquer interesse sexual intenso e persistente que não aquele voltado para estimulação genital ou para carícias preliminares com parceiros humanos capazes de consentir, que tenham fenótipo normal e maturidade física. Esse interesse intenso e persistente deve ocorrer por pelo menos seis meses (critério A). Já para se caracterizar o TP, o indivíduo necessita preencher o critério A e também o critério B, que estabelece que o indivíduo coloque em prática esses impulsos sexuais com pessoa que não consentiu, ou seja incapaz de dar consentimento, ou os impulsos/fantasias sexuais causem sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo no funcionamento social, profissional ou em outras áreas importantes da vida. Portanto, somente se ambos os critérios (A e B) forem preenchidos é confirmado o diagnóstico de TP. Se só o critério A ocorrer, não se trata de TP, mas de Parafilia. Por outro lado, se o indivíduo tiver a fantasia parafílica sem preencher o critério A, ele não é considerado portador de Parafilia nem de TP (APA, 2013).

No DSM-5 (APA, 2013), os TP são codificados como 302 e subdivididos em: Transtorno Voyeurista (302.82), Transtorno Exibicionista (302.4), Transtorno Frotteurista (302.89), Transtorno do Masoquismo Sexual (302.83), Transtorno do Sadismo Sexual (302.84), Transtorno Pedofílico (302.2), Transtorno Fetichista (302.81), Transtorno Transvêstico (302.3), Outros TP Especificados (302.89) e TP Não Especificados (302.9).

Os TP podem ser classificados em dois grupos, sendo que o primeiro trata de Preferências por Atividades Anormais, subdividido em Transtornos do Namoro (Transtornos Voyeurista, Exibicionista e Frotteurista) e Transtornos da

Algolagnia (Transtornos do Masoquismo Sexual e do Sadismo Sexual). O segundo grupo refere-se a Preferências por Alvo Anômalo (Transtornos Fetichista, Pedofílico e Transvéstico) (APA, 2013).

1.1.2 Prevalência das Parafilias e dos TP

A prevalência dos TP é ainda desconhecida (APA, 2013; Oliveira Júnior, 2015; von Franqué et al, 2013). Como muitas parafilias são ilegais ou causam constrangimento, o indivíduo tem dificuldades para revelá-las (Sharma, 2003).

O DSM-5 sugere as seguintes estimativas de prevalência em cada um dos principais TP: Transtorno Voyeurista (12% em homens e 4% em mulheres), Transtorno Exibicionista (2 a 4%, sendo que em mulheres a prevalência é ainda mais incerta, mas estima-se ser bem menor que nos homens), Transtorno Frotteurista (10 a 14% dos homens adultos atendidos em contexto ambulatorial para TP e hipersexualidade), Transtorno do Masoquismo Sexual (2,2% dos homens e 1,3% das mulheres referiram ter praticado bondage, disciplina, sadomasoquismo, dominação ou submissão (BDSM) nos últimos 12 meses na Austrália), Transtorno do Sadismo Sexual (2 a 30%, dependendo dos critérios diagnósticos), Transtorno Pedofílico (3 a 5% dos homens, sendo que nas mulheres estima-se prevalência bem menor), Transtorno Transvéstico (raro em homens e mais raro em mulheres, sendo que menos de 3% dos homens afirmam já terem se excitado por vestir roupas femininas) (APA, 2013).

Os indivíduos parafílicos podem ter múltiplas parafilias (Bradford et al., 1992; Lehne; Money, 2003), fato que não é raro (APA, 2013).

Vários autores encontraram 50% ou mais de padrões de excitação sexual associado à parafilia (Ahlers et al., 2011; Clemente et al., 2017; Critelli; Bivona, 2008; Joyal, 2015; Joyal; Carpentier, 2017; Templeman; Stinnett, 1991; Wéry et al., 2016).

Alguns autores afirmam que as Parafilias têm crescido marcadamente desde os anos 70-80 (Casanova et al., 2002; Rösler; Witztum, 2000). Dietz e Evans (1982) mostraram que nas capas de revistas pornográficas heterossexuais, em 1970, predominava a fotografia de uma mulher posando.

Porém, em 1981, tais capas eram apenas 10,7%, já que imagens de bondage e dominação foram as mais prevalentes, apresentadas em 17,2% das revistas.

Em relação às diferenças entre sexos, muitos estudos mostram predominância masculina (Abdo, 2012; Chow; Choy, 2002; Dawson et al., 2016; Fehlow, 1975; Holvoet et al., 2017; Kafka; Prentky, 1992; Oliveira Júnior; Abdo, 2010; Rabinerson et al., 2011; Rowan et al., 1990; Wéri et al., 2016). Entretanto, é possível que esses dados de prevalência de TP em mulheres estejam subestimados, pois estas podem realizar seus impulsos pré-genitais de maneira sublimada. Assim, teriam menos probabilidade de exteriorizar sua sexualidade parafilica (Abdo, 2012; Breslow et al., 1985; Frías et al., 2017; Gillespie, 1956; Joyal; Carpentier, 2017; Raphiling, 1989).

Os TP tendem a se iniciar antes dos 18 anos de idade (Abdo, 2012). Thibaut et al. (2016) relataram que 42% dos homens com TP mostraram excitação sexual “desviante” até a idade de 15 anos e 57% até a idade de 19 anos. Os casos de Pedofilia contra crianças do mesmo sexo (pedofilia homossexual) parecem se iniciar ainda mais cedo, com 53% mostrando excitação “desviante” aos 15 anos e 74% aos 18 anos. Segundo os autores, em alguns agressores sexuais, a severidade do comportamento sexual “desviante” cresce com a idade, desde o exibicionismo, voyeurismo ou fetichismo até o estupro ou abuso sexual de crianças. Holvoet et al. (2017) estudaram uma amostra da população geral e observaram que dentre os participantes com interesse BDSM, 61,4% tomaram conhecimento disso antes dos 25 anos de idade.

1.1.2.1 Bondage, Disciplina, Dominação, Submissão, Sadismo e Masoquismo (BDSM)

A prevalência do Sadismo Sexual e suas variações são desconhecidas (Fedoroff, 2008). Krueger (2010a) afirmou que a prevalência de sadismo varia entre 2 e 30%. Assim, as frequências de BDSM mudam conforme os critérios utilizados.

1.1.2.2 Pedofilia

A prevalência real da pedofilia é desconhecida. Segundo o DSM-5, estima-se que o Transtorno Pedofílico ocorra em 3 a 5% dos homens, sendo que nas mulheres estima-se prevalência bem menor. Mas muitos autores encontraram frequências bem altas (Baker; Duncan, 1985; Russell, 1983; Wurtele et al., 2014; Xu et al., 2017), sendo que Russell (1983) verificou que 28% de uma população de mulheres referiram terem sido abusadas antes dos 14 anos.

1.1.2.3 Exibicionismo/voyeurismo/frotteurismo

O DSM-5 sugere as seguintes estimativas de prevalência em cada um dos principais TP: Transtorno Voyeurista (12% em homens e 4% em mulheres), Transtorno Exibicionista (2 a 4%, sendo que em mulheres a prevalência é ainda mais incerta, mas estima-se ser bem menor que nos homens), Transtorno Frotteurista (10 a 14% dos homens adultos). Johnson et al (2014) encontraram prevalências de frotteurismo entre 7,9 e 35% em diferentes estudos.

1.1.2.4 Transvestismo

Segundo o DSM-5, o Transtorno Transvêstico é raro em homens e mais raro em mulheres, sendo que menos de 3% dos homens afirmam já terem se excitado por vestirem roupas femininas (APA, 2013).

1.1.2.5 Fetichismo

O DSM-5 nem cita a estimativa da prevalência de Fetichismo. No entanto, afirma que o TP fetichista ocorre quase somente em homens nas amostras clínicas (APA, 2013). Scorolli et al. (2007) referiram que as

preferências por partes ou características do corpo e para objetos, geralmente associados ao corpo, foram as mais comuns (33 e 30%, respectivamente).

1.1.2.6 Zoofilia

Em relação a fantasias ou contatos sexuais com animais, uma pesquisa comparou um grupo de pacientes psiquiátricos internados e duas populações controle. Os pacientes psiquiátricos apresentaram prevalência significativamente maior (55%) de Zoofilia que os grupos controle, que mostraram 10% e 15%, respectivamente (Alvarez; Freinhar, 1991). Em alguns casos, os animais podem apresentar traumatismos retais (Kirov et al., 2002).

1.1.3 Etiologias das Parafilias e dos TP

As possíveis etiologias dos TP não são totalmente conhecidas, mas várias hipóteses têm sido formuladas (Abdo, 2012).

1.1.3.1 Etiologias de base psicológica e ambiental

O ambiente e os fatores de experiência de vida do indivíduo exercem importantes papéis na origem dos TP. Nesse contexto, a distinção deve ser feita entre fatores próximos (possíveis fatores desencadeantes) e distantes (vulnerabilidade resultante de experiências infantis). Experiências negativas no início da socialização e infância (ex.: negligência, abuso sexual, abuso físico, rejeição dos iguais e história de maus tratos infantis) em conexão com experiências de relacionamentos inseguros são essenciais para a gênese das parafilias (von Franqué et al., 2013). Assim, história de violência sexual e não sexual na infância pode ser relevante para pedofilia e outras parafilias, sendo que crianças molestadas têm maior probabilidade de serem molestadoras na vida adulta. Bailey et al. (2016) realizaram uma pesquisa na Internet com 1.102 homens sexualmente atraídos por crianças quanto à história de delitos judiciais relacionados à pornografia infantil e ao contato sexual com crianças. As

experiências de terem sofrido abuso sexual na infância foram relevantes. Baltieri e Andrade (2008) observaram que agressores sexuais seriais registraram mais frequentemente história de abuso sexual na infância do que os agressores sexuais de uma vítima ($p < 0,01$). Clemente et al. (2017) avaliaram uma população de dependentes químicos e observaram que pensamentos e comportamentos parafílicos estavam associados à presença de negligência física e emocional na infância. Hughes (2007) revisou 554 artigos sobre pedofilia encontrando frequentes abusos sexuais prévios. Schwartz (2008) afirmou que eventos altamente danosos podem resultar em uma variedade de manifestações psiquiátricas adultas graves, incluindo a pedofilia. Segundo Sharma (2003), muitas parafilias são efeitos tardios do abuso sexual infantil, sendo que quanto mais frequente e persistente é o abuso, piores são os problemas psicológicos, de comportamento e de relacionamento tardios. Tesson et al. (2012) avaliaram 100 agressores sexuais, dentre os quais um diagnóstico de parafilia foi aplicado em somente 19% dos casos (10 casos de pedofilia e 9 de exibicionismo). Aproximadamente metade dos indivíduos tinha história de ofensas sexuais ou não sexuais. Wurtele et al. (2014) pesquisaram o interesse sexual por crianças em uma amostra *online* de homens e mulheres, encontrando maior probabilidade de infância mais disfuncional, com história de abuso sexual e insegurança nas relações entre pais e filhos. Garrett (2010) também descreveu que abusadores sexuais de crianças, muitas vezes, sofrem de abuso sexual e físico e negligência na infância. McElroy et al. (1999) revelaram que sujeitos com parafilias apresentaram maiores taxas de transtorno de humor, ansiedade e distúrbios alimentares, bem como taxas significativamente maiores de abuso sexual na infância. De acordo com Frías et al. (2017), o abuso sexual infantil pode também ter um papel de predisposição ao masoquismo sexual feminino. Experiências de vínculos inseguros na infância podem contribuir para que se evite a intimidade nas relações e comportamentos sexuais, que são caracterizados por crescente necessidade de demonstrar poder ou dominação (von Franqué et al., 2013). Bowlby (2007) foi um dos fundadores da teoria do apego, que ressaltou a importância do vínculo entre crianças e seus cuidadores. Fosha (2001) abordou

a regulação diádica do afeto, afirmando que por meio da relação terapêutica busca-se a promoção da segurança abalada na infância para que o indivíduo conquiste abertura e intimidade em seus outros relacionamentos. Kobak e Hazan (1991) destacaram a importância da boa comunicação entre os cônjuges para promover resolução de problemas e confiabilidade na criança. De acordo com Money (1997), na espécie humana os fundamentos absolutos da excitação sexual podem ser de origem cutânea, visual e narrativa. Assim, a ideia de um resultado multivariável de desenvolvimento (que Money chamou de “lovemap”) é personalizada e heterogênea, como ocorre, por exemplo, nas parafilias. Segundo van der Kolk (1989), adultos e crianças podem desenvolver fortes laços emocionais com pessoas que as molestam, batem e ameaçam, intermitentemente. A persistência desses laços de ligação leva à confusão de dor e amor, sendo que perturbações na catecolamina, serotonina e sistemas opióides endógenos têm sido implicados nesta persistência de respostas. À medida que novos estímulos provocam ansiedade, ~~sob~~ estresse, as pessoas previamente traumatizadas tendem a retornar aos padrões familiares, mesmo que causem dor.

Vários autores destacaram a importância da aprendizagem para a gênese das parafilias. Alfred Binet explicou o fetichismo em termos de associação de aprendizagem (Money, 2003). Segundo O'Donohue e Plaud (1994), comportamentos sexuais parafilicos poderiam ser aprendidos e contracondicionados, mas, devido aos problemas metodológicos de estudos existentes, a base para afirmar a existência de relações entre habituação, sensibilização, condicionamento clássico e operante e comportamento sexual é tênue. Köksal et al. (2004) estudaram um modelo animal de fetichismo sexual, desenvolvido com codornas macho com base na persistência da resposta sexual condicionada durante a extinção a um objeto inanimado feito de tecido de algodão. Essa resposta persistente ocorreu apenas em indivíduos que vieram copular com o objeto de tecido de algodão, sugerindo que o comportamento copulatório serviu para manter o comportamento fetichista. Schwartz (2008) destacou fatores de desenvolvimento sequenciais como temperamento, apegos precoces, influências familiares, reconstituições de

trauma, isolamento social, “love maps” vandalizados, autoformação, sexualização nas famílias e ciclos viciantes. De acordo com Turner (2008), maus tratos na infância também são importantes na gênese da hipersexualidade em mulheres.

Outros fatores ambientais como desestruturação da família e pai parafílico parecem ser relevantes e com frequência, o paciente parafílico tem história de depreciação da figura paterna. Na pedofilia é comum que o indivíduo tenha a família mais numerosa e que seus pais sejam mais velhos do que a média da população geral (Abdo, 2012; Langevin et al., 2007; Noll et al., 2003). A convivência com parafílicos e a influência dos meios de comunicação são fatores importantes (Hughes, 2007; Noll et al., 2003). Segundo Ward et al. (1997), crenças mal adaptadas e pensamentos distorcidos exercem importante papel, facilitando e justificando as ofensas sexuais.

Os processos de aprendizado social são postulados de serem etiológicamente relevantes (Seto, 2008; von Franqué et al., 2013) e podem ser classificados em três tipos: aprendizado do modelo participado (ex.: abuso sexual infantil, modelo do agressor), aprendizado do modelo não participado (ex.: exposição a práticas parafílicas) e aprendizado do modelo simbólico (ex.: arranjo imaginativo com impulsos parafílicos). A masturbação, o orgasmo e a autorrotulagem dos indivíduos afetados reforçam a manutenção dos padrões de comportamento parafílicos. Já a depressão e ansiedade podem ser mecanismos de reforço negativo (Laws; Marshall, 1990; Marshall et al., 2011). Porém, em alguns indivíduos, o desejo pode aumentar em estados de humor disfóricos, sendo que esse padrão parece ser mais comum em homens do que em mulheres e em indivíduos com mais propensão à excitação do que à inibição sexual (Bancroft, 2006).

Segundo a teoria psicanalítica, a parafilia está, frequentemente, relacionada a conflitos em torno dos relacionamentos de díade e tríade sexualizadas da fase edípica, influenciados por falhas remotas na separação-individualização (Fenichel, 1981b; Klein, 1964; McDougall, 1972; Strachey, 1953). Relatos indicam que nas parafilias ocorre intensa ansiedade de castração com negação da genitália feminina e fantasia de que a mulher tenha

um falo. Dessa maneira, as parafilias masculinas são extravagantes e há uma negação dramatizada desta castração, o que leva à vitória sobre a mesma (Abdo, 2012; Fenichel, 1981b; Grossman, 1993; Klein, 1964; McDougall, 1986). O parafílico tende a ter uma imagem corporal menos definida e instável, além de dúvidas quanto ao tamanho, à posição e ao funcionamento do pênis e demais órgãos genitais (Abdo, 2012). O indivíduo tentaria escapar à ameaça de castração (pelo pai) e de separação (pela mãe) recorrendo a impulsos sexuais agressivos e "inadequados" (Strachey, 1953). Assim, a estreita vigilância dos genitais aliviaria a ansiedade de castração nos exibicionistas e voyeuristas. Já nos fetichistas, o deslocamento dos impulsos sexuais para objetos, por vezes, fálcos (como os sapatos femininos), negaria a perda do pênis pela mulher (Klein, 1964).

No caso das mulheres, as parafilias costumam ser discretas e simbolizam revolta contra o sentimento de inferioridade genital, um ressentimento pela castração. Dessa maneira, elas tendem a incorporar um pênis simbólico. Além disso, mulheres com TP tendem a se acomodarem à "perversão" de seus parceiros (Abdo, 2012; Fenichel, 1981b; Bak, 1968).

Holtzman e Kulish (2012) argumentaram que o Exibicionismo feminino pode refletir os cenários triangular ou edípico e a necessidade de atrair o homem, identificação com a mãe, competição ou camaradagem com outras mulheres, uma sensação de poder no corpo feminino e suas capacidades, bem como impulsos homossexuais. Antinucci (2016) descreveu que fantasias de espancamento ocorrem em pessoas que sofreram traumas prematuramente, devido a contratempos ambientais e psicopatologia materna. Localizando a fantasia na intersecção entre o complexo de Édipo, que é uma estrutura vertical organizando as diferenças sexuais e de gerações, e a dimensão fraterna, que é horizontal e organiza a relação lateral com aquele outro similar, mas diferente, que é o irmão. As fantasias de espancamento reforçam o precário senso do *self*, ameaçado com depleção psíquica e morte, em identificação com uma mãe ausente na infância precoce. Um artigo de Berner e Briken (2012) fala da interpretação concentrada em hostilidade e a história de representação de objetos. Os autores discutem a relação entre representações de objetos

distintos nas “perversões”, a teoria da ligação e representações neurobiológicas. Pode corresponder à polaridade identificada no pensamento contemporâneo entre as características de adição e compulsão da gratificação sexual (representação do ato) e a influência de representação de objetos infantis na futura habilidade de integrar os desejos instintivos nos relacionamentos (representação objetal). Segundo Grossman (1993), defesas neuróticas podem ser pensadas como direcionadas contra os desejos, enquanto que defesas “perversas” são direcionadas contra a realidade percebida. De acordo com Knafo (2015), na necrofilia a psicodinâmica comumente envolve união com a mãe, uma inabilidade de se lamentar, medo da mulher e uma tentativa de dominar e transcender o medo da morte. Segundo Berner e Briken (2012), Robert Stoller interpretou a “perversão” como uma forma erótica de ódio ou a reversão da derrota na infância em um triunfo na vida adulta.

1.1.3.2 Etiologias de base orgânica

Pesquisas sobre etiologias de base orgânica não são conclusivas como causas de TP. Muitos trabalhos sugerem anormalidades cerebrais, fatores hormonais, influências de medicamentos, influências genéticas ou marcadores biológicos. Porém, tais achados podem ser apenas acidentais, não representando causas de TP (Abdo, 2012; von Franqué, Klein e Briken, 2013).

1.1.3.2.1 Anormalidades cerebrais

Imagens de Ressonância Magnética identificaram várias áreas ativadas visualmente por estímulo visual presente. De acordo com a corrente pesquisa, essas áreas não diferem das áreas cerebrais ativadas de indivíduos não parafílicos que foram confrontados com materiais estimulantes não sexualmente desviantes (von Franqué et al., 2013).

Dentre as Parafilias, a Pedofilia é a que mais concentra estudos sobre o funcionamento cerebral. Mas, segundo Poepl et al. (2015b), as investigações

de neuroimagem na pedofilia são escassas. Portanto, a relação entre alterações morfológicas e funcionamento cerebral na pedofilia, bem como suas contribuições para sua psicopatologia permanecem assim obscuras. Seus resultados sugerem que as alterações estruturais do cérebro afetam as redes neurais para o processamento sexual por meio de conectividade funcional interrompida, o que pode implicar padrões de excitação sexual anormais. Poepl et al. (2011) afirmaram que os pedófilos mostraram resposta aumentada em áreas cerebrais conhecidas por serem envolvidas em processos de estímulo visual. A resposta cerebral dos pedófilos ao estímulo sexual visual por imagens de crianças pré-púberes nuas é comparável com os padrões neuronais previamente descritos dos processos sexuais nos homens não pedófilos evocados pelo estímulo visual retratando nus de adultos. No entanto, as diferenças de grupo encontradas no giro cíngulo e na região insular sugerem papel importante dessas áreas do cérebro em interesse sexual pedofílico. Poepl et al. (2015a) afirmaram em outro estudo que havia uma ligação Temporal entre a atividade cerebral epileptiforme, esquizotipia e pedofilia.

Schiffer et al. (2007) relataram que os pedófilos mostraram diminuição do volume da massa cinzenta no *striatum* ventral (também se estendendo para o núcleo acubens), o córtex orbitofrontal e o cerebelo. Essas observações indicam, ainda, associação entre as anormalidades morfométricas frontoestriatal e pedofilia. Em outro estudo, Schiffer et al. (2008) analisaram dois grupos de homossexuais, sendo um de pedófilos presos e outro controle. Em ambos os grupos, imagens sexualmente excitantes com conteúdo homossexual e pedofílico ativaram áreas cerebrais conhecidas por estarem envolvidas no processamento de estímulos visuais com conteúdo emocional, incluindo o córtex occipitotemporal e pré-frontal. Contudo, durante a apresentação dos respectivos estímulos sexuais, o tálamo, o *globus pallidus* e o estriado, que correspondem às áreas-chaves do cérebro envolvidas na excitação sexual e no comportamento, mostraram ativação significativa em pedófilos, mas não em indivíduos controles. Os autores concluíram que padrões de ativação em pedófilos se referem mais fortemente às regiões

subcorticais. Łucka e Dziemian (2014) observaram que molestadores pedófilos mostraram anormalidades temporo/límbicas estruturais e funcionais e na amígdala, e que é possível que as inclinações pedófilas sejam secundárias a perturbações do desenvolvimento neurológico e outras síndromes neuropsiquiátricas.

Cantor et al. (2008) observaram associações negativas entre pedofilia e volumes de substância branca dos lobos temporais e parietais bilateralmente, principalmente em dois grandes feixes de fibras: o fascículo superior fronto-occipital e o fascículo arqueado direito. Essas regiões corticais funcionam como uma rede para reconhecer estímulos sexualmente relevantes e a pedofilia resulta de uma desconexão parcial dentro dessa rede. Suchy et al. (2014) notaram que os pedófilos apresentavam velocidade de desempenho mais lenta devido à fraqueza neurocognitiva fundamental, ao invés de um estilo de resposta deliberadamente lento. Esses resultados são consistentes com os achados de Cantor et al. (2008), identificando anormalidades da substância branca entre pedófilos e fornecendo suporte adicional para uma etiologia do desenvolvimento neurológico da pedofilia. Um estudo de Tenbergen et al. (2015) se concentrou em algumas das teorias recentes sobre a etiologia da pedofilia, como o conceito de transtorno do desenvolvimento neurológico geral e/ou alterações da estrutura e função nas áreas cerebrais frontal, temporal e límbica. Burns e Swerdlow (2003) publicaram o caso de um paciente com pedofilia adquirida e um tumor na região orbitofrontal direita, que era incapaz de inibir seus impulsos sexuais. Sartori et al. (2016) publicaram um caso incomum de comportamento pedofílico adquirido após a compressão do córtex orbitofrontal e do hipotálamo por um tumor. Mendez et al. (2000) analisaram o cérebro de dois homens que desenvolveram pedofilia homossexual na idade madura. O primeiro preenchia os critérios para a demência frontotemporal, o segundo teve esclerose bilateral do hipocampo. Em ambos, a tomografia revelou proeminente hipometabolismo no lobo temporal direito. A predisposição para pedofilia pode ser desmascarada pela hipersexualidade decorrente de doença cerebral. Essas observações possuem potencial implicação para todas as parafilias baseadas neurologicamente. Em outro estudo, Mendez e Shapira

(2011) avaliaram o cérebro de oito homens que desenvolveram comportamento sexual em relação a crianças após o desenvolvimento de lesões neurológicas, concluindo que os distúrbios cerebrais podem liberar uma predisposição à atração sexual para crianças por meio da desinibição com doença frontal, preocupação sexual com doença temporal direita ou hipersexualidade com doença subcortical em gânglios basais não motores, hipotálamo ou núcleos septais. Dressing et al. (2001) observaram exames de neuroimagem de um pedófilo homossexual ao visualizar figuras de meninos nus. Houve significativa ativação da rede de atenção e do córtex orbitofrontal direito. Em contraste com os controles, não se verificou ativação de áreas hemisféricas esquerdas relevantes para a fala. Walter et al. (2007) afirmaram que a pedofilia é relacionada à ativação do hipotálamo e do córtex pré-frontal durante estímulo erótico visual. Schiltz et al. (2007) observaram que os infratores sexuais pedófilos apresentaram significativa diminuição do volume da amígdala direita em comparação com controles saudáveis. Foram observadas redução da matéria cinzenta na amígdala direita, hipotálamo (bilateralmente), regiões septais, substância inominata e núcleo da estria *terminalis*.

Casanova et al. (2002) estudaram dois casos de parafilia que revelaram uma simples atrofia celular das células piramidais localizadas em diferentes subcampos do hipocampo. As alterações patológicas no hipocampo se assemelham aos relatados após o estresse persistente ou a administração crônica por longo prazo de glicocorticoides. Waismann et al. (2003) relataram que homens parafilicos mostraram maiores respostas a estímulos parafilicos que homens normais na região frontal esquerda. Reininghaus e Lackner (2015) encontraram maior interesse parafilico nos pacientes com Doença de Huntington.

Harenski et al. (2012) notaram que os sádicos apresentaram aumento das respostas nas regiões cerebrais associadas à excitação sexual (amígdala, hipotálamo e estriado ventral) e processamento da dor afetiva (cíngulo anterior e ínsula anterior) durante a observação de imagens de dor. Mostraram também maior ativação da amígdala ao visualizarem imagens de dor e relação positiva entre a severidade da dor visualizada e a atividade da ínsula anterior.

Apresentaram, ainda, ativação na região fronto-temporal. De acordo com Müller (2011), as atrofia amígdalo-hipocampais são envolvidas no autismo e sadomasoquismo. Em consonância com a síndrome de Kluver e Bucy, observações clínicas, modelos animais e alguns relatos de casos enfatizam que as mudanças cerebrais temporais são importantes para a etiopatogenia do desvio sexual. Em particular, a região amígdalo-hipocampal tem sido associada à hipersexualidade, ao travestismo e fetichismo. Kamping et al. (2016) estudaram o envolvimento do opérculo parietal e da ínsula na modulação contextual da dor nos masoquistas sexuais. Os masoquistas demonstraram substancial redução da intensidade da dor e do desprazer no contexto masoquista em comparação com os controles, mas tiveram percepção de dor inalterada nas outras condições. Propuseram, então, que o opérculo parietal serve como importante estação de retransmissão que atenua os aspectos afetivo-motivacionais da dor em masoquistas.

1.1.3.2.2 Fatores hormonais e influência de medicamentos

Segundo Jordan et al. (2011a,b), os andrógenos podem modular quase todos os aspectos do comportamento sexual. Isto é, não apenas funções autonômicas, mas também aspectos emocionais, motivacionais e cognitivos. Além disso, a testosterona tem participação nos processos excitatórios e inibitórios das funções sexuais, modulando a atividade, principalmente, de sistemas de neurotransmissores dopaminérgicos, inclusive nas parafilias. Em pacientes pedófilos e molestadores de crianças, mudanças estruturais e funcionais aparecem na maior parte das regiões do cérebro envolvidas nas funções sexuais. Não somente a testosterona, mas também outros parâmetros endócrinos e neuroquímicos poderiam estar alterados. Estes incluem mudanças no funcionamento hipotálamo-hipofisário, níveis de prolactina e funcionamento dopaminérgico ou serotoninérgico. Studer e Aylwin, (2006) encontraram níveis elevados de prolactina em homens agressores sexuais, sendo que nenhum deles tinha manifestações clínicas de prolactinoma. Segundo Maes et al. (2001), os pedófilos mostraram concentrações

plasmáticas de cortisol e prolactina basais significativamente mais baixas e maior temperatura corporal do que os voluntários normais. Os autores concluíram que os déficits na neurotransmissão serotoninérgica podem desempenhar papel importante na pedofilia, e que a regulação positiva dos receptores pós-sinápticos de serotonina 5-HT_{2A/C} e a atividade serotoninérgica pré-sináptica reduzida merecem atenção nessa parafilia. Bradford (2001) afirmou que vários agentes farmacológicos, inclusive inibidores de receptação de serotonina, antiandrógenos agonistas parciais do Hormônio Hipotalâmico Liberador de Gonadotrofina (agonistas LHRH) e outros, têm sido documentados como inibidores do desejo sexual, podendo ser utilizados no tratamento de parafilias. Já em 1992, Kafka e Prentky concluíram que o aprimoramento da neurotransmissão da serotonina pela Fluoxetina pode melhorar os sintomas de distímia, depressão, do aumento do desejo sexual e da compulsividade/impulsividade associado a adições sexuais parafílicas e não parafílicas (Kafka; Prentky, 1992; Kafka, 2003). De acordo com Beech e Mitchell (2005), experiências adversas na infância podem afetar a química do cérebro e a função cerebral e, posteriormente, relacionamentos sociais e românticos adultos, podendo fazer com que o indivíduo busque relações sexuais com crianças, confunda sexo com intimidade ou de forma agressiva. Enfatizaram, então, o tratamento de ofensores sexuais com Inibidores seletivos de recaptção de serotonina (ISRS). Stahl (2013) e Stahl e Lee-Zimmerman (2013) destacaram a importância do balanço dos neurotransmissores serotoninérgicos, dopaminérgicos e noradrenérgicos na função sexual. Gaffney e Berlin (1984) injetaram LHRH em três grupos de homens (pedófilos, parafílicos não pedófilos e controles). Não houve diferença em relação à testosterona, mas ocorreu diferença significativa entre o grupo pedófilo e os outros dois grupos na resposta do LH ao LHRH. Os pedófilos responderam com elevação acentuada de LH, quando comparados aos parafílicos não pedófilos e aos controles. Esses dados indicam uma disfunção hipotalâmica - pituitária - gonadal em pedófilos. Briken et al. (2003) falaram da importância do bloqueio androgênico com Ciproterona, Medroxiprogesterona ou agonistas parciais LHRH e do aumento de serotonina com os ISRS, no tratamento de TP.

Mehdizadeh-Zareanari et al. (2013) publicaram um estudo de caso de um paciente fetichista que abusava de metanfetamina (“ice”).

1.1.3.2.3 Influência genética

Segundo Berryessa (2014), vêm crescendo as pesquisas científicas sobre a possibilidade de influências genéticas ou hereditárias na etiologia da Pedofilia. Alanko et al. (2016) pesquisaram sobre variantes genéticas associadas ao interesse sexual pedófilo masculino. Após os testes múltiplos não foram encontradas associações estatisticamente significativas para polimorfismos de um único nucleotídeo ligados a androgênio, estrogênio, prolactina, corticotrofina, serotonina e oxitocina. Cryan et al. (1992) estudaram a associação entre TOC e Parafilia Exibicionismo e Transvestismo em dois irmãos monozigóticos homens, que ainda tinham mais uma irmã gêmea. Segundo Jakubczyk et al. (2017), pedófilos agressores sexuais não diferem de sujeitos controles em relação a polimorfismos genéticos relacionados à Dopamina e Serotonina. Fisher et al. (2015) afirmam que a Síndrome de Klinefelter mostrou frequência significativamente maior de fantasias voyeuristas durante a masturbação (52,2% vs 25,6% do controle). A síndrome de Klinefelter foi associada com hipersexualidade, comportamento parafílico e Disforia de Gênero, os quais foram mediados por traços obsessivo-compulsivos e autistas.

Genes dos receptores de Dopamina (Blum et al., 2000; Krueger; Kaplan, 2001; Oliveira Júnior, 2007), genes GTs em indivíduos com síndrome de Tourette (Comings, 1994) e gene do receptor de andrógeno foram implicados no comportamento parafílico (Jordan et al., 2011b). Para este último tem importância o estudo de polimorfismos de repetição CAG, implicado em traços de personalidade, comportamento manifesto e traços antissociais (Oliveira Júnior, 2007; Jordan et al., 2011b; Westberg; Eriksson, 2008). Apesar dos estudos sobre este polimorfismo não serem realizados necessariamente em parafílicos, observou-se que indivíduos com repetições mais curtas teriam mais capacidade de conversão de andrógenos fisiologicamente ativos do que os

outros, de forma que os criminosos, sequestradores e assassinos apresentam repetições de CAG mais curtas que os controles (Campbell et al., 2009; Cheng et al., 2006; Oliveira Júnior, 2007; Zitzmann; Nieschlag, 2007).

1.1.3.2.4 Marcadores biológicos

Segundo Cantor et al. (2007), os agressores sexuais pedófilos e os hebefílicos são significativamente mais baixos que os controles não agressores sexuais com atração por adultos. Fazio et al. (2017) observaram que os pedófilos demonstraram menor estatura e pernas mais curtas quando comparados com não pedófilos. Dadas que as origens da estatura são pré-natais e na primeira infância, esses achados contribuem com evidências adicionais para uma origem biológica e de desenvolvimento da pedofilia. De acordo com Dyshniku et al. (2015), a presença de anomalias físicas menores abre uma janela para a origem pré-natal da Pedofilia, que pode ser mais comum em indivíduos não dextros e com lóbulos da orelha não destacados. O estudo mostrou elevada proporção de anomalias craniofaciais e periféricas em relação a amostras prévias de indivíduos com esquizofrenia, bem como a controles saudáveis. Goodman (1976) estudou o comportamento de sete mulheres hiperssexuais delinquentes, sendo que seis delas tinham hirsutismo, tendiam a ser mesomórficas e eram novas quando tiveram a menarca.

1.1.4 Métodos de avaliação para Parafilias

Vários autores realizaram estudos sobre Parafilias e compulsões sexuais utilizando diferentes metodologias. Segundo Krueger (2010a,b) seria necessário o desenvolvimento de instrumentos diagnósticos dimensionados e estruturados para parafilias. Ahlers et al. (2011) coletaram dados de uma história sexual autorresponsiva por meio de um questionário de Parafilias respondidos por 367 voluntários de uma amostra recrutada de uma comunidade de 1915 homens, com idade entre 40 e 79 anos. Långström (2010) fez sugestões de possíveis alterações de critérios de diagnóstico de parafilias

da corte para o “futuro” DSM-V, devido aos falsos positivos e falsos negativos decorrentes dos critérios do DSM-IV-TR. Fisher et al. (2015) avaliaram a presença e frequência de fantasias e comportamentos para-fílicos por meio de entrevista clínica baseada nos critérios do DSM-5. Gannon e O’Connor (2011) realizaram validação preliminar de uma escala de interesse em molestar crianças. Holvoet et al. (2017) realizaram um estudo sobre atividades sadomasoquistas com amostra da população geral belga (N=1027), utilizando questionários autorresponsivos e enfatizando a presença de vieses como o fato de que vários indivíduos não completaram todas as perguntas, as quais também podem ter sido interpretadas de maneira equivocada. Noll, Trickett e Putnam (2003) entrevistaram mulheres que respondiam anonimamente por computador sobre as consequências de serem vítimas de pedofilia. Enfatizaram a importância do anonimato, sem embaraço ou medo de uma entrevista presencial. Segundo Weierstall e Giebel (2017), as ferramentas para a avaliação do sadomasoquismo são escassas. Desenvolveram, então, uma escala que investiga as variadas práticas sadomasoquistas. Mokros et al. (2012) utilizaram a Escala de Sadismo Sexual Grave, um dispositivo de triagem para a avaliação baseada em arquivos de sadismo sexual forense. Encontraram boas confiabilidade e validade sendo que a sensibilidade e a especificidade foram estimadas em 56% e 90%, respectivamente. Joyal (2015) pesquisou 55 fantasias sexuais em 90 participantes, utilizando uma versão revisada e expandida do *Wilson Sex Fantasy Questionnaire* (SFQ). De acordo com Kusma e Black (2008), as pesquisas com compulsões sexuais são dificultadas pela falta de definição, geralmente aceita, e de ferramentas de avaliação confiáveis e válidas. Scanavino et al. (2016) realizaram o processo de adaptação dos instrumentos de compulsão sexual do Inglês para o Português, seguindo o *guidelines* da Sociedade Internacional para Farmacoeconomia e resultados de pesquisas. Baltieri et al. (2016) estudaram a validação do Inventário de Consumo de Pornografia (PCI) em uma amostra de mulheres universitárias.

1.1.5 Associação de Parafilias com outros quadros psiquiátricos

As Parafilias podem estar associadas a vários quadros psiquiátricos, podendo-se dar destaque ao Transtorno *Borderline* (discutido abaixo) e aos Transtornos Obsessivos. Estes últimos são descritos detalhadamente na sequência, pois estudar essa associação é o objetivo do presente estudo.

Quanto à associação entre Parafilias e Transtorno *Borderline*: ansiedade, culpa e agressividade são comuns aos dois transtornos, mas nos TP tais fatores estão mais sexualizados. Frías et al. (2017) verificaram que o Transtorno do Masoquismo Sexual foi 10 vezes mais frequente em mulheres com Transtorno de Personalidade *Borderline* que em mulheres com outro transtorno de personalidade (10 vs 0%). Zubenko et al. (1987) avaliaram vinte e um pacientes homens com Transtorno de Personalidade *Borderline* e 11% tinham diagnóstico de parafilias. Prunas e Bernorio (2016) avaliaram 266 mulheres saudáveis e os resultados evidenciaram uma possível associação entre Transtorno de Personalidade *Borderline*, organização e vida sexual, incluindo parafilias. Por outro lado, existem estudos que associam Parafilias a outros Transtornos, como o de Kafka e Prentky (1998), que encontrou importante associação com Transtorno do Déficit de Atenção e Hiperatividade.

1.2 Transtorno Obsessivo-compulsivo (TOC)

1.2.1 Definição e classificação do TOC

O TOC se caracteriza pela presença de obsessões e compulsões. As obsessões são pensamentos, impulsos ou imagens recorrentes e persistentes que, em algum momento durante a perturbação, são experimentados como intrusivos e indesejados, e na maioria dos indivíduos causam acentuada ansiedade ou sofrimento. O indivíduo tenta ignorar ou suprimir tais pensamentos, impulsos ou imagens ou neutralizá-los com algum outro pensamento ou ação. Já as compulsões são comportamentos repetitivos ou atos mentais a que o indivíduo se sente compelido a executar em resposta a

uma obsessão, ou de acordo com regras que devem ser rigidamente aplicadas. Esses comportamentos ou atos mentais visam prevenir ou reduzir a ansiedade ou o sofrimento ou, ainda, evitar algum evento ou situação temida. Entretanto, esses comportamentos ou atos mentais não têm uma conexão realista com o que visam neutralizar, ou evitar, ou são claramente excessivos. Além disso, as obsessões ou compulsões tomam tempo (por ex., mais de uma hora por dia), ou causam sofrimento clinicamente significativo, ou prejuízo no funcionamento social, profissional ou em outras áreas importantes da vida do indivíduo. Os sintomas de TOC não são devidos ao efeito de alguma substância, outras condições médicas ou a outras doenças mentais (APA, 2013; OMS, 1993).

As obsessões podem ser: agressivas, de contaminação, sexuais, de guardar coisas sem valor financeiro ou sentimental (coleccionar), religiosa, de simetria ou exatidão, de ter que saber ou lembrar alguma coisa, de imagens intrusivas (não violentas), medo de dizer alguma coisa que não deveria, de não dizer as coisas certas, de perder as coisas, ficar incomodado com certos sons, palavras ou músicas, obsessões por números de sorte ou azar, obsessões por cores de significado especial, medos supersticiosos, preocupações exageradas com doenças, excessivas preocupações com partes do corpo ou com a aparência. As compulsões podem ser: por limpeza, por checagem, de repetição (ex.: reler, reescrever), de contagem, de ordem ou arrumação, de acumulação, por rituais mentais (ex.: ter um bom pensamento para apagar um mau pensamento), de ter que confessar, contar para alguém alguma coisa ou perguntar, de dar pancadinhas, tocar ou abraçar, de ficar longe de objetos que podem machucar (ex.: facas), de fazer ritual para comer (arrumar garfo, facas, etc.), de comportamentos supersticiosos (ex.: não pegar ônibus com determinado número, não passar em frente de cemitérios), tricotilomania (mania de arrancar cabelo ou pelos) (Leckman et al., 1997).

O DSM-5 (APA, 2013) inclui no mesmo capítulo do TOC (300.3) os seguintes transtornos relacionados: Transtorno Dismórfico Corporal (300.7), Transtorno da Acumulação (300.3), Tricotilomania (312.39), Transtorno da Escoriação (698.4), TOC e Transtorno Relacionado Induzido por Substância/Medicamento, TOC e Transtorno Relacionado Devido a Outra

Condição Médica (294.8) e Outro TOC e Transtorno Relacionado Especificado (300.3). Observa-se, então, que a Tricotilomania e a Acumulação foram classificadas separadamente do TOC no DSM-5. Embora os TP e outros como o Tourette não estejam classificados no mesmo capítulo do TOC no DSM-5, há estudos que associam os TP ao TOC (Abdo et al., 2001; Black et al., 1997; Cryan et al., 1992; Fontenelle et al., 2005; Grant, 2005; Hollander; Wong, 1995; Jairam; van Marle, 2008; O'Neil et al., 2005; Raymond et al., 2003; Schiffer et al., 2007; Stein; Hollander, 1993). A CID-10, no entanto, classifica a Tricotilomania e o Transtorno da Escoriação como Transtornos de Impulsos. Portanto, o que é compulsivo e o que é impulsivo não apresentam consenso nas classificações vigentes (APA, 2013; De Block; Adriaens, 2013; OMS, 1993).

Fontenelle et al. (2015) discutiram de que maneira emoções de desgosto, culpa, raiva e vergonha podem estar associadas a patologias psiquiátricas, podendo fazer uma ponte entre a psicopatologia e a neurobiologia. Os autores apontaram emoções associadas a subtipos de TOC e doenças relacionadas ao TOC como Transtorno Dismórfico Corporal, Síndrome de Referência Olfatória, Transtorno do Colecionamento, Tricotilomania e Transtorno da Escoriação.

De acordo com Stein et al. (2016), o futuro CID-11 incluirá nos Transtornos relacionados ao TOC os seguintes quadros: TOC, Transtorno Dismórfico Corporal, Hipocondria, Transtorno de Referência Olfatória, Transtorno do Colecionamento, Tricotilomania e Transtorno da Escoriação. Já o Transtorno de Tourette e o Transtorno de Personalidade Obsessivo-compulsivo (TPOC) serão recomendados como referência cruzada.

1.2.2 Prevalência do TOC

A prevalência de TOC é de pelo menos 2% ao longo da vida, mas existem controvérsias metodológicas (Fontanelle et al., 2006; Torres; Lima, 2005). As mulheres adultas apresentam taxa um pouco maior que as dos homens, embora estes sejam mais afetados na infância (APA, 2013).

O TOC pode ser de início precoce ou tardio (após os 18 anos). Os de início precoce ocorrem mais em homens e o tardio mais em mulheres (Swedo et al., 1989b). Os precoces são, em geral, mais graves, com menor resposta aos tratamentos e maior ocorrência de tiques e de Transtorno de Tourette, sendo também de maior herdabilidade (Hemmings et al., 2004; Nestadt et al., 2000a,b). O TOC relacionado a infecções pelo estreptococo beta-hemolítico do grupo A podem ser associados à Coréia de Sydenham e se iniciam na infância ou adolescência (Swedo et al., 1989a, 1998).

1.2.3 Bases etiológicas do TOC

A etiologia do TOC não é bem conhecida, mas diversas teorias vêm sendo propostas (Shavitt et al., 2011).

1.2.3.1 Influências genéticas

A incidência é três a doze vezes maior em familiares de primeiro grau de portadores de TOC, principalmente nos casos de início precoce associados a tiques. Em gêmeos idênticos, a taxa de concordância é de 53 a 87% (Hettema et al., 2001; Shavitt et al., 2011).

Estudos de genoma identificaram genes candidatos, principalmente polimorfismos, envolvendo os transportadores de serotonina SLC1A1, SLC6A4, 5-HTTLPR e uma região em 9p24, principalmente em pacientes com sintomas de início precoce (Dickel et al., 2007; Jenike, 2004). Variantes do gene SAPAP3 podem estar envolvidas (Züchner et al., 2009).

Estudos mostraram envolvimento dos sistemas dopaminérgico e glutamatérgico, especialmente nos de origem precoce, sendo que níveis elevados de glutamato no TOC melhoram com ISRS (Dickel et al., 2007; Rosenberg et al., 2000). Porém, tais estudos são ainda insuficientes, sendo que a genética pode ser influenciada por fatores ambientais (Shavitt et al., 2010).

1.2.3.2 Anormalidades cerebrais

Pesquisas mostraram envolvimento do lobo frontal e dos gânglios da base. A neuroimagem funcional mostrou aumento da atividade no córtex orbitofrontal, no giro do cíngulo anterior e no núcleo caudado, ou seja, em áreas pertencentes aos circuitos orbitofronto-estriado-tálamo-cortical e do cíngulo estriado-tálamo-cortical (Rauch, 2003). As medicações para TOC diminuem as atividades nessas áreas, que também são os sítios de atuação dos procedimentos cirúrgicos para o tratamento da doença (Lopes et al., 2009). Um estudo mostrou volume menor da amígdala em pacientes que apresentavam obsessões de conteúdo agressivo e compulsões de checagem (Pujol et al., 2004). TOC de início precoce pode estar associado a Transtorno de Tourette e infecções estreptocócicas, com comprometimento dos gânglios basais (Allen et al., 1995; Swedo et al., 1989a, 1998).

1.2.3.3 Fatores ambientais e psicológicos

Eventos da vida como experiências traumáticas, fase final da gravidez, período pós-parto, mudança recente, problemas conjugais ou sexuais e mortes de pessoas próximas são importantes (Cromer et al., 2007; Leckman et al., 1999; Miguel et al., 2005). Segundo a teoria psicanalítica, no TOC há uma regressão da fase genital edípica para a fase anal-sádica. Ocorre isolamento do afeto, anulação da ideia obsessiva através do ato compulsivo, formação reativa e deslocamento. Ambivalência afetiva e pensamento mágico são características marcantes (Fenichel, 1981a). Muitos teóricos psicanalíticos não fazem uma diferenciação clara entre TOC e TPOC, podendo considerá-los como parte de um *continuum*. Além disso, a psicanálise não se mostra efetiva no tratamento dos sintomas obsessivos e compulsivos (Elsen et al., 2006; Jenike, 1999). Aprendizagem social, condicionamentos e abordagens cognitivo-comportamentais são importantes na etiologia e no tratamento do TOC (Cordioli, 2008).

1.3 Transtorno de Personalidade Obsessivo-compulsiva (TPOC)

1.3.1 Definição do TPOC

O TPOC é caracterizado pelo DSM-5 (APA, 2013) como padrão difuso de preocupação com ordem, perfeccionismo e controle mental e interpessoal à custa de flexibilidade, abertura e eficiência que surge no início da vida adulta e está presente em vários contextos, conforme indicado por quatro ou mais dos seguintes:

- 1- É tão preocupado com detalhes, regras, listas, ordem, organização ou horários a ponto de o objetivo principal da atividade ser perdido.
- 2- Demonstra perfeccionismo que interfere na conclusão de tarefas (por exemplo, não consegue completar um projeto porque seus próprios padrões demasiadamente rígidos não são atingidos).
- 3- É excessivamente dedicado ao trabalho e à produtividade em detrimento de atividades de lazer e amizades (o que não é explicado por uma óbvia necessidade financeira).
- 4- É excessivamente consciencioso, escrupuloso e inflexível quanto aos assuntos de moralidade, ética ou valores (o que não é explicado por identificação cultural ou religiosa).
- 5- É incapaz de descartar objetos usados ou sem valor, mesmo quando não têm valor sentimental.
- 6- Reluta em delegar tarefas ou trabalhar com outras pessoas, a menos que elas se submetam à sua forma exata de fazer as coisas.
- 7- Adota um estilo miserável de gastos em relação a si e a outros; dinheiro é visto como algo a ser acumulado para futuras catástrofes.
- 8- Exibe rigidez e teimosia (APA, 2013).

1.3.2 Prevalência do TPOC

A prevalência de TPOC é estimada entre 2,1 e 7.9% da população geral, e é cerca de duas vezes mais frequente no sexo masculino (APA, 2013).

1.3.3 Bases etiológicas do TPOC

As primeiras teorias psicodinâmicas falavam da fixação na fase anal, quando os impulsos libidinosos das crianças entram em conflito com as tentativas dos pais de socializá-las. Os pais desaprovam o treinamento esfinteriano e a criança oscila entre o desafio e o medo da culpa. Segundo a psicanálise, o TPOC está etiológicamente relacionado à fixação na fase anal do desenvolvimento (dos dois aos quatro anos de idade), fase na qual, segundo Erickson, há uma expressão de "autonomia *versus* vergonha, dúvida". Ou seja, a expressão de autonomia oscila com sentimento de vergonha devido à pressão dos pais pelo controle esfinteriano nessa idade. A excessiva desaprovação e controle por parte dos pais pode fazer com que a criança reprima expressões emocionais (especialmente a raiva). Esta, então, se concentra nos detalhes das tarefas, na tentativa de ser perfeita para ser aprovada pelos pais críticos. Os traços de TPOC são reforçados por culturas que supervalorizam o trabalho árduo e a subordinação da expressão individual a exigências familiares ou socioculturais. Porém, a importância do papel central do treinamento esfinteriano na origem do TPOC não é mais totalmente aceita. (D'Andrea, 1984; Erickson, 1963; Gunderson; Phillips, 1999).

Em relação aos Transtornos de Personalidade em geral, evidências de modelos lesionais e estudos de genética e neuroimagem sugerem o envolvimento de estruturas como o córtex pré-frontal ventromedial em uma gênese composta oriunda da interação gene-ambiente (Tavares; Ferraz, 2011).

1.4 Associação entre sintomas do TOC com Parafilias/TP

A associação entre sintomas obsessivos e Parafilias é mostrada desde os primórdios da psiquiatria (Steinberg, 2014). Alguns autores consideram que os TP pertencem ao espectro dos Transtornos Obsessivo-compulsivos (Abdo et al., 2001; Balyk, 1997; Hollander; Wong, 1995; Stein; Hollander, 1993). Outros autores consideram também que o TOC e as Parafilias fazem parte dos transtornos impulsivo-compulsivos (Raymond et al., 2003; Sthal, 2013).

Aspectos orgânicos comuns são descritos por vários autores: resposta a ISRS (Abdo, 2012; Bradford, 1999, 2001; Kafka; Prentky, 1992), associação com Tourette (Comings, 1994; McDougle et al., 1990), sendo que Krueger e Kaplan (2001) estudaram vários aspectos orgânicos e psicológicos comuns ao TOC e às Parafilias.

1.5 Associação entre sintomas de TPOC com Parafilias/TP

Alguns autores encontraram associação entre TPOC e parafilias. Segundo Bogaerts et al. (2008), dentre os transtornos de personalidade estudados, o único que está significativamente associado ao abuso parafílico de crianças é o obsessivo-compulsivo. Hebbar (2014) estudou um caso de TOC associado a TPOC e parafilias. Outros autores como Chan e Beauregard (2016) encontraram associação de parafilias com vários Transtornos de Personalidade, dentre os quais o TPOC. Black et al. (1997) observaram importante frequência de TPOC em pacientes compulsivos sexuais parafílicos ou não.

Sendo assim, os estudos de associação entre TPOC e parafilias são bem mais escassos que os de TOC.

2. Justificativa

A literatura conta com mais de 130 artigos que associam os termos *paraphilia* e *obsessive compulsive* (não especificando se é TOC ou TPOC) (Abdo et al., 2001; Black et al., 1997; Bradford, 1999, 2001; Cryan et al., 1992; Fontanelle et al., 2005; Grant, 2005; Hollander; Wong, 1995; Jairam; van Marle, 2008; O'Neil et al., 2005; Raymond et al., 2003; Stein; Hollander, 1993). Porém, nesse número estão incluídas pesquisas tais como: estudos de casos, revisões de literatura, teorias, cartas ao editor, ou até os que focam comportamentos sexuais compulsivos não parafilicos. Dentre esses, Bogaerts et al. (2008) afirmam que entre os Transtornos de Personalidade apenas a personalidade Obsessivo-compulsiva contribui significativamente para explicar o abuso parafílico de crianças, sendo que os autores avaliaram 36 homens parafilicos e 34 não parafilicos. Abdo et al. (2001) também relatam associação entre TOC e Parafilias em dois estudos de caso.

Bradford (1999) associa o espectro obsessivo-compulsivo com as Parafilias em um artigo de revisão, no qual afirma que há várias semelhanças entre esses quadros: ambos respondem aos inibidores seletivos de receptação de serotonina; ambos começam na adolescência e continuam na vida adulta; obsessões e fantasias parafilicas são intrusivas e egodistônicas (apesar de que, nem sempre); os rituais compulsivos do TOC são semelhantes às masturbações compulsivas ou outros comportamentos sexuais parafilicos; ambos têm comorbidade com o espectro da ansiedade e com algum grau de depressão.

Assim, faltam estudos com metodologia adequada e amostras maiores, sendo que para populações femininas a literatura é ainda mais escassa. Mesmo o recente DSM-5, ao abordar as prevalências de cada Parafilia, informa que se baseiam em estimativas e não em dados objetivos (APA, 2013). Segundo Wyly (1989), essa situação se mantém também em função dos muitos mitos quanto às Parafilias, que podem ser confundidas com atos realizados por indivíduos violentos ou psicóticos que apresentam comportamentos pouco habituais.

A escassez de pesquisas sobre a possível associação entre TOC e/ou TPOC com Parafilias e/ou Transtornos Parafilicos e o pouco conhecimento

sobre a prevalência desses transtornos, principalmente em mulheres, reforçam a necessidade de estudos como este para que se definam novas estratégias terapêuticas.

Assim, o estudo da associação de Parafilias e TP com TOC e TPOC pode colaborar para se conhecer melhor tais quadros.

3. *Objetivos*

3.1 Objetivo geral

Avaliar a presença de TP e/ou Parafilias em alunas da graduação em Medicina e a possível associação com TOC e/ou com TPOC.

3.2 Objetivos específicos

- a) Avaliar a presença de TP e Parafilias em alunas da graduação em Medicina, segundo critérios do DSM-5;
- b) Avaliar se as alunas da graduação em Medicina que preenchem os critérios do DSM-5 para uma ou mais das principais Parafilias e/ou Transtornos Parafílicos preenchem também os critérios para TOC;
- c) Avaliar se as alunas da graduação em Medicina que preenchem os critérios do DSM-5 para uma ou mais das principais Parafilias e/ou Transtornos Parafílicos preenchem também os critérios do DSM-5 para TPOC.

4. Hipóteses

As alunas de graduação em Medicina apresentam TP e/ou Parafilias, os quais:

- **Hipótese 1:** estão associados a TOC.
- **Hipótese 2:** estão associados a TPOC.
- **Hipótese 3:** estão associados a TOC e TPOC.

5. Casuística e Métodos

5.1 Sujeitos

A amostra da pesquisa foi composta por alunas de graduação recrutadas de uma Faculdade de Medicina Particular do interior do Estado de São Paulo, sendo que originalmente haveria também uma amostra de internas de uma Penitenciária Feminina do interior do Estado de São Paulo.

Inicialmente, as participantes seriam recrutadas apenas da população de internas da Penitenciária. Porém, o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Secretaria de Administração Penitenciária (SAP) exigiu que houvesse também outra amostra, pois temiam uma possível estigmatização da população carcerária. Assim, as alunas foram convidadas a participar. O projeto chegou a ser aprovado por quatro vezes pelo CEP da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (FMUSP).

A pesquisa de campo foi concretizada com as internas em julho de 2016 e com as alunas em outubro de 2016. Em dezembro de 2016, toda a análise estatística das duas amostras já estava concluída. Porém, o Comitê de Ética da SAP continuou impondo obstáculos para à liberação do projeto, o que fez com que em março de 2017 os pesquisadores desistissem da amostra das internas.

O projeto necessitou, então, ser novamente submetido e foi novamente aprovado pelo CEP da FMUSP em agosto de 2017, desta feita apenas com as alunas.

O tamanho amostral (apenas com as alunas) foi determinado partindo-se do objetivo geral deste estudo que investigou a proporção de alunas com Parafílias, TP, TOC e TPOC. Assim, o cálculo do tamanho amostral baseou-se na técnica de amostragem para a proporção de uma população finita de tamanho $N=300$, adotando-se como parâmetros margem de erro de 5% e nível de confiança de 95% (Bolfarine; Bussab, 2005). Dessa maneira, o N mínimo seria de 169. Foram chamadas cerca de 300 alunas da Faculdade. Dessas, 190 puderam e aceitaram responder os questionários. Nenhuma das avaliadas foi excluída.

Para a caracterização da amostra, as participantes responderam um questionário sobre seus dados sociodemográficos os quais foram descritos nos Resultados desta pesquisa.

5.2 Critérios de inclusão e exclusão

Critérios de inclusão: Poderiam ser incluídas todas as alunas (independentemente de idade, raça, nível socioeconômico, ano da faculdade, situação conjugal, religião, orientação sexual e condição de saúde física), exceto aquelas que apresentassem algum critério de exclusão.

Critérios de exclusão: Aquelas que não assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Anexo A). Foram excluídas também alunas menores de 18 anos.

5.3 Procedimentos

O pesquisador contou com a colaboração de pelo menos uma aluna de cada ano da Faculdade para recrutar as participantes. Aquelas que concordaram foram entrevistadas pelo mesmo pesquisador, de modo a assegurar que preenchiam os critérios de inclusão e exclusão deste estudo. Então, formalizaram sua participação por meio da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido do HC-FMUSP. O pesquisador executante fez reuniões em grupos com as participantes para apresentar o projeto e esclarecer as dúvidas.

A primeira reunião em grupo foi com cerca de 90 alunas. As outras reuniões contaram com cerca de 10 a 15 alunas em cada reunião.

Para cada grupo de alunas o pesquisador fez uma exposição sobre as tarefas a serem cumpridas. Tais tarefas consistiam em responder a questionários que avaliaram a presença de sintomas de Parafilias e Transtornos Parafílicos (Anexos B a I) e mais dois questionários que avaliaram os TPOC (Anexo J) e TOC (Anexo K). Os questionários (Anexos de B a K),

bem como um de coleta de dados sociodemográficos (Anexo L) foram distribuídos para as participantes do estudo.

O anonimato foi priorizado por razões de ética e privacidade das mulheres, principalmente de suas vidas íntimas. Assim, após serem respondidos, os questionários foram colocados pelas próprias respondentes em uma caixa lacrada. Quando aberta a caixa e retirada a documentação, esta foi numerada e cada participante identificada apenas por um número. Dessa forma, o anonimato foi garantido, nem o pesquisador podendo identificar qualquer participante. Portanto, os questionários não foram respondidos em entrevistas individuais. Isto leva a menor fidedignidade das respostas por melhor que sejam as explicações fornecidas antes do preenchimento. Porém, a resposta anônima foi necessária, inclusive para que houvesse maior sinceridade nos dados fornecidos por cada uma sobre suas possíveis fantasias sexuais.

A participação das alunas nesta pesquisa se encerrou com o preenchimento dos questionários. Após coletados, os dados foram analisados estatisticamente e representados por meio de gráficos e barras.

5.4 Instrumentos de avaliação

5.4.1 Sintomas de Parafilias e Transtornos Parafílicos

Nos Anexos B a I, os itens "1", "2" e "3" se referem às principais Parafilias (Voyeurismo, Exibicionismo, Frotteurismo, Masoquismo Sexual, Sadismo Sexual, Pedofilia, Fetichismo e Transvestismo) e os itens "4" e "5" aos respectivos TP. Esses questionários foram formulados segundo os critérios do DSM-5 (APA, 2013) para Parafilias e TP, de acordo com a versão traduzida para o português (APA, 2014) e adaptados para uma linguagem mais simples, para que fossem facilmente compreendidos pelas participantes. Nos anexos B a I, o critério "A" do DSM-5 foi dividido em itens "1", "2" e "3" e o critério "B" em itens "4" e "5". Assim, se a participante forneceu resposta positiva para o critério "A" do DSM-5 (itens "1", "2" e "3" dos Anexos de B a I) foi considerada

portadora da respectiva Parafilia. Ou seja, caso tenha respondido "poucas vezes", "às vezes", "muitas vezes" ou "sempre" no item "1" dos Anexos; "sim" no item "2" e "a", "b" ou "c" no item "3". Caso esta tenha fornecido resposta positiva também para o critério "B" do DSM-5 (itens "4" ou "5" dos mesmos Anexos) foi considerada portadora do respectivo TP, o que corresponde a "poucas vezes", "às vezes", "muitas vezes" ou "sempre" para o item "4", ou "poucas vezes", "às vezes", "muitas vezes" ou "sempre" para o item "5". Por outro lado, a participante foi considerada portadora apenas da respectiva fantasia parafilica caso tenha respondido no item "1": "poucas vezes", "às vezes", "muitas vezes" ou "sempre" e não tenha preenchido os critérios para a Parafilia.

Portanto, a participante foi considerada portadora de Parafilia se pelo menos um dos Anexos de B a I tenha preenchido os critérios acima descritos. O mesmo ocorreu para os TP e para as fantasias parafilicas.

Nesta pesquisa, as avaliações da presença de Parafilias e de TP foram baseados nos critérios do DSM-5, pois é a classificação mais atual e porque não existem escalas validadas para o Português. Os questionários foram autorresponsivos para a preservação da privacidade das participantes e sinceridade nas respostas, já que não corriam o risco de serem identificadas e terem a intimidade exposta.

5.4.2 Sintomas de Transtorno de Personalidade Obsessivo-compulsiva

A presença de sintomas de TPOC, ao longo da vida, foi investigada por meio de questionário que também seguiu os critérios do DSM-5 para esse transtorno, segundo a versão traduzida para o Português (Anexo J) (APA, 2014). O instrumento foi formulado numa linguagem mais simples pelos pesquisadores para facilitar a compreensão por parte dos sujeitos da pesquisa. O questionário é composto por oito afirmações às quais as mulheres responderam "sim" ou "não" para cada uma delas. Se quatro ou mais das respostas foram "sim", o diagnóstico de TPOC foi confirmado, obedecendo aos critérios do DSM-5. A avaliação da presença de TPOC baseou-se nos critérios

do DSM-5, pois não existem escalas validadas para o Português. Também foi utilizada a escala elaborada a partir do DSM-5, pois necessitava ser autorresponsiva, a fim de manter o anonimato das participantes, e também porque não há escalas validadas para o português.

5.4.3 Sintomas de Transtorno Obsessivo-compulsivo (escala de Yale Brown)

A avaliação de sintomas do TOC, ao longo da vida, foi realizada aplicando-se a escala de Yale-Brown (Y-BOCS), traduzida e validada para o Português (Anexo K) (Asbahr et al., 2000). Uma breve explicação do que são obsessões e compulsões foi fornecida pelo pesquisador executante às mulheres antes da aplicação dessa escala (Goodman et al., 1989a,b). A Y-BOCS possui cinco questões referentes às obsessões que avaliam: tempo ocupado com pensamentos obsessivos, interferência nas atividades diárias, sofrimento causado pelos sintomas e resistência e controle desses sintomas. Outras cinco questões avaliam as compulsões e também abrangem tempo ocupado, interferência na vida diária, sofrimento, resistência e controle dos sintomas. O resultado é obtido por meio dos seguintes escores totais: igual ou maior que 16 há sintomas consistentes de TOC; entre 8 e 15, nível subclínico de sintomas; menor que 8, sintomas mínimos ou ausentes.

Goodman et al. (1989a) já afirmavam que a escala de Y-BOCS é um instrumento confiável para medir a gravidade da doença em pacientes com TOC. Steketee et al. (1996) compararam a aplicação dessa escala na forma de entrevista e na forma autorresponsiva. Ambas apresentaram forte convergência de validade e discriminaram bem os pacientes com TOC dos não TOC.

Assim, neste estudo, elegeu-se a Y-BOCS na forma autorresponsiva, e por conta das dificuldades metodológicas, incluiu-se a palavra “traços” no título.

5.5 Análise estatística

Os dados coletados foram analisados estatisticamente e representados por meio de análise descritiva da amostra, contendo informações como frequência absoluta e relativa. Foram aplicados testes de associação entre TOC e/ou TPOC com cada uma das Parafilias, TP e fantasias parafilicas. Estes resultados foram compilados em tabelas contendo as frequências e os percentuais de cada um dos quadros (TOC, TPOC, cada uma das Parafilias, cada um dos TP e cada uma das fantasias parafilicas).

Como o objetivo geral foi verificar se haveria associação entre TOC e Parafilias, TOC e TP, TPOC e Parafilias, TPOC e TP, essas variáveis foram consideradas como binárias ("Sim" ou "Não"). A fim de testar as hipóteses de interesse, o teste exato de Fischer ou o teste de Qui-quadrado foi aplicado. Além disso, foi ajustado um modelo de regressão logística simples e múltiplo para determinar fatores que caracterizam um grupo de indivíduos com o evento de interesse em relação aos que não apresentam o evento.

Nas análises estatísticas foi fixado o nível de significância de 5% e o *software Statistical Package for Social Sciences* (SPSS 18) foi utilizado.

6. Resultados

6.1 Caracterização da amostra

Cento e noventa alunas responderam os questionários, sendo que o Anexo L foi para caracterização dos dados sociodemográficos. Em relação à raça; 90,5% disseram ser brancas; 5,6% pardas; 1,6% amarelas e 2,1% se omitiram. Em relação ao nível socioeconômico; 69,2% afirmaram ter boas condições financeiras e 30,8% médias condições. Quanto ao grau de instrução; 10% tinham outro curso superior completo e 3,2% se omitiram. A saúde física de 85,8% era boa; 12,1% tinham pequenos problemas de saúde e 2,1% se omitiram. A situação conjugal de 93,2% era de solteira; 3,2% de união estável; 1,1% de casada e 2,6% se omitiram. A orientação sexual de 94,2% era heterossexual; 2,1% homossexual; 1,1% bissexual e 2,6% se omitiram. A religião de 64,7% era católica; 12,1% espírita; 11,1% evangélica; 7,4% sem religião; 3,2% de outras religiões; 1,1% católicas e espíritas e 0,5% responderam católica e sem religião. Quanto à idade, a mínima foi de 18 anos, a máxima de 32, sendo 22 de mediana, 22,13 de média e 3,7% se omitiram (Tabelas 1 a 8).

Tabela 1 - Raça. Dentre as 186 que responderam sobre sua raça, 172 eram brancas.

Raça				
		Frequência	Porcentagem	Porcentagem válida Porcentagem cumulativa
Válido	Branca	172	90,5	92,5 9,5
	Parda	11	5,8	5,9 98,4
	Amarela (japonesa, chinesa e outras)	3	1,6	1,6 100,0
	Total	186	97,9	100,0
Omisso	Sistema	4	2,1	
	Total	190	100,0	

Tabela 2 - Nível sociodemográfico. Dentre as 185 que responderam sobre seu nível sociodemográfico, 128 tiveram boas e 57 médias condições.

Nível socioeconômico					
		Frequência	Porcentagem	Porcentagem válida	Porcentagem cumulativa
Válido	Médias condições financeiras	57	30,0	30,8	30,8
	Boas condições financeiras	128	67,4	69,2	100,0
	Total	185	97,4	100,0	
Omisso	Sistema	5	2,6		
	Total	190	100,0		

Tabela 3 - Saúde física. Dentre as 186 que responderam sobre sua saúde, 163 apresentavam boas e 23 médias condições.

Saúde física					
		Frequência	Porcentagem	Porcentagem válida	Porcentagem cumulativa
Válido	Boa	163	85,8	87,6	87,6
	Pequenos problemas de saúde	23	12,1	12,4	100,0
	Total	186	97,9	100,0	
Omisso	Sistema	4	2,1		
	Total	190	100,0		

Tabela 4 - Grau de instrução. Dentre as 184 que responderam sobre seu grau de instrução, 138 tinham nível superior incompleto.

Grau de instrução					
		Frequência	Porcentagem	Porcentagem válida	Porcentagem cumulativa
Válido	Primeiro grau completo	1	.5	.5	.5
	Segundo grau incompleto	2	1,1	1,1	1,6
	Segundo grau completo	24	12,6	13,0	14,7
	Superior incompleto	138	72,6	75,0	89,7
	Superior completo	19	10,0	10,3	100,0
	Total	184	96,8	100,0	
Omisso	Sistema	6	3,2		
	Total	190	100,0		

Tabela 5 - Situação conjugal. Dentre as 185 que responderam sobre sua situação conjugal, 177 eram solteiras.

Situação conjugal					
		Frequência	Porcentagem	Porcentagem válida	Porcentagem cumulativa
Válido	Solteira	177	93,2	95,7	95,7
	União estável	6	3,2	3,2	98,9
	Casada	2	1,1	1,1	100,0
	Total	185	97,4	100,0	
Omisso	Sistema	5	2,6		
	Total	190	100,0		

Tabela 6 - Religião. Dentre as 190 que responderam sobre sua religião, 123 eram católicas, duas católicas e espíritas.

Religião					
		Frequência	Porcentagem	Porcentagem válida	Porcentagem cumulativa
Válido	Outra	6	3,2	3,2	3,2
	Não tem	14	7,4	7,4	10,5
	Não tem e católica	1	0,5	0,5	11,1
	Católica	123	64,7	64,7	75,8
	Católica e espírita	2	1,1	1,1	76,8
	Evangélica	21	11,1	11,1	87,9
	Espírita	23	12,1	12,1	100,0
	Total	190	100,0	100,0	

Tabela 7 - Orientação sexual. Dentre as 185 que responderam sobre sua orientação sexual, 179 eram heterossexuais.

Orientação sexual					
		Frequência	Porcentagem	Porcentagem válida	Porcentagem cumulativa
Válido	Heterossexual	179	94,2	96,8	96,8
	Homossexual	4	2,1	2,2	98,9
	Bissexual	2	1,1	1,1	100,0
	Total	185	97,4	100,0	
	Sistema	5	2,6		
Omisso	Total	190	100,0		

Tabela 8 - Idade. A mediana das idades das 183 que responderam foi de 22 anos.

Idade						
	N	Mínimo	Mediana	Média	Máximo	Desvio Padrão
Válido	183	18 anos	22,00	22,13	32 anos	3,046
Total	190					

6.2 Frequências dos quadros pesquisados

Nos gráficos em barras estão apresentadas as frequências de cada quadro: fantasias parafílicas (Figura 1), Parafilias (Figura 2), TP (Figura 3), TOC, TOC subclínico e TPOC (Figura 4).

As participantes que forneceram respostas incompatíveis ou omissas para determinado diagnóstico foram excluídas apenas do quadro correspondente.

Figura 1 - Frequência de cada fantasia Parafílica (N total=190). O N das alunas que preencheram os critérios para cada fantasia foi inserido abaixo da respectiva porcentagem. Abaixo de cada nome de fantasia foi inserido o N correspondente a todas as alunas que responderam adequadamente o respectivo questionário

Figura 2 - Frequência de cada Parafilia (N total=190). O N das alunas que preencheram os critérios para cada Parafilia foi inserido abaixo da respectiva porcentagem. Abaixo de cada nome de Parafilia foi inserido o N correspondente a todas as alunas que responderam adequadamente o respectivo questionário

Figura 3 - Frequência de cada TP (N total=190). O N das alunas que preencheram os critérios para cada TP foi inserido abaixo da respectiva porcentagem. Abaixo de cada nome de TP foi inserido o N correspondente a todas as alunas que responderam adequadamente o respectivo questionário

Figura 4 - Frequência de Transtorno obsessivo-compulsivo (TOC), TOC subclínico e Transtorno de personalidade obsessivo-compulsiva (TPOC). N total=190. O N das alunas que preencheram os critérios para cada quadro é colocado abaixo da respectiva porcentagem. Abaixo do nome de cada quadro foi inserido o N correspondente a todas as alunas que responderam adequadamente o respectivo questionário

6.3 Tabelas cruzadas

As tabelas abaixo apresentam o resumo (distribuição dos dados) relacionado às variáveis TOC, TPOC e TOC subclínico. Além disso, na última coluna tem-se o valor p do teste de independência entre as variáveis, em que o teste de qui-quadrado com correção de continuidade ou teste exato de Fisher foram aplicados. A variável TOC obteve $p \leq 0,05$, quando associada às seguintes variáveis: Parafilia Voyeurismo, TP Voyeurismo, Parafilia Exibicionismo, TP Exibicionismo, Parafilia Frotteurismo, TP Frotteurismo, Parafilia Sadismo, TP Fetichismo, pelo menos uma Parafilia e pelo menos um TP (Tabelas 9 a 18).

Tabela 9 - Associação entre Transtorno obsessivo-compulsivo (TOC) e Parafilia Voyeurismo. Dentre as 17 alunas com parafilia voyeurismo, seis apresentavam TOC ($p=0,013$).

			TOC		Total	valor p
			Não	Sim		
Parafilia voyeurismo	Não	N	147	18	165	0,013
		% em TOC	93,0%	75,0%	90,7%	
	Sim	N	11	6	17	
		% em TOC	7,0%	25,0%	9,3%	
Total		N	158	24	182	
		% em TOC	100,0%	100,0%	100,0%	

Teste utilizado: Teste exato de Fisher.

Tabela 10 - Associação entre Transtorno obsessivo-compulsivo (TOC) e Transtorno parafílico (TP) Voyeurista. Dentre as 13 alunas com TP voyeurista, cinco apresentavam TOC ($p=0,016$).

			TOC		Total	valor p
			Não	Sim		
TP voyeurista	Não	N	150	19	169	0,016
		% em TOC	94,9%	79,2%	92,9%	
	Sim	N	8	5	13	
		% em TOC	5,1%	20,8%	7,1%	
Total		N	158	24	182	
		% em TOC	100,0%	100,0%	100,0%	

Teste utilizado: Teste exato de Fisher.

Tabela 11 - Associação entre Transtorno obsessivo-compulsivo (TOC) e Parafilia Exibicionismo. Dentre as sete alunas com Parafilia Exibicionismo, três apresentavam TOC ($p=0,05$).

			TOC		Total	valor p
			Não	Sim		
Parafilia exibicionismo	Não	N	153	21	174	0,05
		% em TOC	97,5%	87,5%	96,1%	
	Sim	N	4	3	7	
		% em TOC	2,5%	12,5%	3,9%	
Total		N	157	24	181	
		% em TOC	100,0%	100,0%	100,0%	

Teste utilizado: Teste exato de Fisher.

Tabela 12 - Associação Transtorno obsessivo-compulsivo (TOC) e TP Exibicionista. Dentre as cinco alunas com TP Exibicionista, três apresentavam TOC ($p=0,017$).

			TOC		Total	valor p
			Não	Sim		
TP exibicionista	Não	N	157	21	178	0,017
		% em TOC	98,7%	87,5%	97,3%	
	Sim	N	2	3	5	
		% em TOC	1,3%	12,5%	2,7%	
Total		N	159	24	183	
		% em TOC	100,0%	100,0%	100,0%	

Teste utilizado: Teste exato de Fisher.

Tabela 13 - Associação entre Transtorno obsessivo-compulsivo (TOC) e Parafilia Frotteurismo. Dentre as 12 alunas com Parafilia Frotteurismo, cinco apresentavam TOC ($p=0,011$)

			TOC		Total	valor p
			Não	Sim		
Parafilia frotteurismo	Não	N	152	19	171	0,011
		% em TOC	95,6%	79,2%	93,4%	
	Sim	N	7	5	12	
		% em TOC	4,4%	20,8%	6,6%	
Total		N	159	24	183	
		% em TOC	100,0%	100,0%	100,0%	

Teste utilizado: Teste exato de Fisher.

Tabela 14 - Associação entre Transtorno obsessivo-compulsivo (TOC) e TP Frotteurista. Dentre as sete alunas com TP frotteurista, quatro apresentavam TOC ($p=0,006$)

			TOC		Total	valor p
			Não	Sim		
TP frotteurista	Não	n	156	20	176	0,006
		% em TOC	98,1%	83,3%	96,2%	
	Sim	n	3	4	7	
		% em TOC	1,9%	16,7%	3,8%	
Total		n	159	24	183	
		% em TOC	100,0%	100,0%	100,0%	

Teste utilizado: Teste exato de Fisher.

Tabela 15 - Associação entre Transtorno obsessivo-compulsivo (TOC) e Parafilia Sadismo. Dentre as três alunas com Parafilia sadismo, duas apresentavam TOC ($p=0,046$)

			TOC		Total	valor p
			Não	Sim		
Parafilia sadismo	Não	n	157	22	179	0,046
		% em TOC	99,4%	91,7%	98,4%	
	Sim	n	1	2	3	
		% em TOC	0,6%	8,3%	1,6%	
Total		n	158	24	182	
		% em TOC	100,0%	100,0%	100,0%	

Teste utilizado: Teste exato de Fisher.

Tabela 16 - Associação entre Transtorno obsessivo-compulsivo (TOC) e TP Fetichista. Dentre as três alunas com TP Fetichista, duas apresentavam TOC ($p=0,046$)

			TOC		Total	valor p
			Não	Sim		
TP fetichista	Não	n	158	22	180	0,046
		% em TOC	99,4%	91,7%	98,4%	
	Sim	n	1	2	3	
		% em TOC	0,6%	8,3%	1,6%	
Total		n	159	24	183	
		% em TOC	100,0%	100,0%	100,0%	

Teste utilizado: Teste exato de Fisher.

Tabela 17 - Associação entre Transtorno obsessivo-compulsivo (TOC) e pelo menos uma Parafilia. Dentre as 46 alunas com pelo menos uma Parafilia, 13 apresentavam TOC ($p=0,002$)

			TOC		Total	valor p
			Não	Sim		
Pelo menos uma parafilia	Não	n	124	11	135	0,002
		% em TOC	79,0%	45,8%	74,6%	
	Sim	n	33	13	46	
		% em TOC	21,0%	54,2%	25,4%	
Total		n	157	24	181	
		% em TOC	100,0%	100,0%	100,0%	

Teste utilizado: Qui-quadrado com correção de continuidade.

Tabela 18 - Associação entre Transtorno obsessivo-compulsivo (TOC) e pelo menos um Transtorno parafílico (TP). Dentre as 26 alunas com pelo menos um TP, nove apresentavam TOC ($p=0,002$)

			TOC		Total	valor p
			Não	Sim		
Pelo menos um TP	Não	n	140	15	155	0,002
		% em TOC	89,2%	62,5%	85,6%	
	Sim	n	17	9	26	
		% em TOC	10,8%	37,5%	14,4%	
Total		n	157	24	181	
		% em TOC	100,0%	100,0%	100,0%	

Teste utilizado: Teste exato de Fisher.

A variável TOC subclínico obteve $p \leq 0,05$, quando associada às seguintes variáveis: Fantasia Exibicionismo, Fantasia Fetichismo, Parafilia Fetichismo, pelo menos uma Fantasia Parafílica (Tabelas 19 a 22).

Tabela 19 - Associação entre Transtorno obsessivo-compulsivo (TOC) subclínico e fantasia Exibicionismo. Dentre as 30 alunas com fantasia Exibicionismo, 13 apresentavam TOC subclínico ($p=0,012$)

			TOC subclínico		Total	valor p
			Não	Sim		
Fantasia exibicionismo	Não	N	117	29	146	0,012
		% em TOC subclínico	87,3%	69,0%	83,0%	
	Sim	N	17	13	30	
		% em TOC subclínico	12,7%	31,0%	17,0%	
Total		N	134	42	176	
		% em TOC subclínico	100,0%	100,0%	100,0%	

Teste utilizado: Teste exato de Fisher.

Tabela 20 - Associação entre Transtorno obsessivo-compulsivo (TOC) subclínico e fantasia Fetichismo. Dentre as 47 alunas com fantasia Fetichismo, 18 apresentavam TOC subclínico ($p=0,026$)

			TOC subclínico		Total	valor p
			Não	Sim		
Fantasia fetichismo	Não	n	105	27	132	0,026
		% em TOC subclínico	78,4%	60,0%	73,7%	
	Sim	n	29	18	47	
		% em TOC subclínico	21,6%	40,0%	26,3%	
Total		n	134	45	179	
		% em TOC subclínico	100,0%	100,0%	100,0%	

Teste utilizado: Qui-quadrado com correção de continuidade.

Tabela 21 - Associação entre Transtorno obsessivo-compulsivo (TOC) subclínico e Parafilia Fetichismo. Dentre as 16 alunas com Parafilia Fetichismo, oito apresentavam TOC subclínico ($p=0,03$)

			TOC subclínico		Total	valor p
			Não	Sim		
Parafilia fetichismo	Não	n	126	37	163	0,03
		% em TOC subclínico	94,0%	82,2%	91,1%	
	Sim	n	8	8	16	
		% em TOC subclínico	6,0%	17,8%	8,9%	
	Total	n	134	45	179	
		% em TOC subclínico	100,0%	100,0%	100,0%	

Teste utilizado: Teste exato de Fisher.

Tabela 22 - Associação entre Transtorno obsessivo-compulsivo (TOC) subclínico e presença de pelo menos uma fantasia Parafílica. Dentre as 94 alunas com pelo menos uma fantasia Parafílica, 32 apresentavam TOC subclínico ($p=0,005$)

			TOC subclínico		Total	valor p
			Não	Sim		
Pelo menos uma fantasia parafílica	Não	n	70	12	82	0,005
		% em TOC subclínico	53,0%	27,3%	46,6%	
	Sim	n	62	32	94	
		% em TOC subclínico	47,0%	72,7%	53,4%	
	Total	n	132	44	176	
		% em TOC subclínico	100,0%	100,0%	100,0%	

Teste utilizado: Qui-quadrado com correção de continuidade.

A variável TPOC obteve $p \leq 0,05$, quando associada às seguintes variáveis: Fantasia Voyeurismo, Parafilia Exibicionismo, TP Exibicionismo, TP

Masoquismo, Fantasia Fetichismo, Parafilia Fetichismo, TP Fetichismo, pelo menos uma Fantasia Parafílica, pelo menos uma Parafilia e pelo menos um TP (Tabelas 23 a 32).

Tabela 23 - Associação entre Transtorno de personalidade obsessivo-compulsiva (TPOC) e fantasia Voyeurismo. Dentre as 54 alunas com fantasia Voyeurismo, 19 apresentavam TPOC ($p=0,018$)

			TPOC		Total	valor p
			Não	Sim		
Fantasia voyeurismo	Não	N	103	22	125	0,018
		% em TPOC	74,6%	53,7%	69,8%	
	Sim	N	35	19	54	
		% em TPOC	25,4%	46,3%	30,2%	
Total		N	138	41	179	
		% em TPOC	100,0%	100,0%	100,0%	

Teste utilizado: Qui-quadrado com correção de continuidade.

Tabela 24 - Associação entre Transtorno de personalidade obsessivo-compulsiva (TPOC) e Parafilia Exibicionismo. Dentre as sete alunas com Parafilia Exibicionismo, seis apresentavam TPOC ($p=0,001$)

			TPOC		Total	valor p
			Não	Sim		
Parafilia exibicionismo	Não	N	145	36	181	0,001
		% em TPOC	99,3%	85,7%	96,3%	
	Sim	N	1	6	7	
		% em TPOC	0,7%	14,3%	3,7%	
Total		N	146	42	188	
		% em TPOC	100,0%	100,0%	100,0%	

Teste utilizado: Qui-quadrado com correção de continuidade.

Tabela 25 - Associação entre Transtorno de personalidade obsessivo-compulsiva (TPOC) e Transtorno parafílico (TP) Exibicionista. Dentre as cinco alunas com TP Exibicionista, quatro apresentavam TPOC ($p=0,01$)

			TPOC		Total	valor p
			Não	Sim		
TP exibicionista	Não	N	146	39	185	0,01
		% em TPOC	99,3%	90,7%	97,4%	
	Sim	N	1	4	5	
		% em TPOC	0,7%	9,3%	2,6%	
Total		N	147	43	190	
		% em TPOC	100,0%	100,0%	100,0%	

Teste utilizado: Teste exato de Fisher.

Tabela 26 - Associação entre Transtorno de personalidade obsessivo-compulsiva (TPOC) e Transtorno parafílico (TP) do Masoquismo Sexual. Dentre as sete alunas com TP do Masoquismo Sexual, quatro apresentavam TPOC ($p=0,045$)

			TPOC		Total	valor p
			Não	Sim		
TP do masoquismo sexual	Não	n	144	38	182	0,045
		% em TPOC	98,0%	90,5%	96,3%	
	Sim	n	3	4	7	
		% em TPOC	2,0%	9,5%	3,7%	
Total		n	147	42	189	
		% em TPOC	100,0%	100,0%	100,0%	

Teste utilizado: Teste exato de Fisher.

Tabela 27 - Associação entre Transtorno de personalidade obsessivo-compulsiva (TPOC) e fantasia Fetichismo. Dentre as 48 alunas com fantasia Fetichismo, 17 apresentavam TPOC ($p=0,026$)

			TPOC		Total	valor p
			Não	Sim		
Fantasia fetichismo	Não	n	115	26	141	0,026
		% em TPOC	78,8%	60,5%	74,6%	
	Sim	n	31	17	48	
		% em TPOC	21,2%	39,5%	25,4%	
Total	n		146	43	189	
	% em TPOC		100,0%	100,0%	100,0%	

Teste utilizado: Qui-quadrado com correção de continuidade.

Tabela 28 - Associação entre Transtorno de personalidade obsessivo-compulsiva (TPOC) e Parafilia Fetichismo. Dentre as 16 alunas com Parafilia Fetichismo, nove apresentavam TPOC ($p=0,002$)

			TPOC		Total	valor p
			Não	Sim		
Parafilia fetichismo	Não	n	139	34	173	0,002
		% em TPOC	95,2%	79,1%	91,5%	
	Sim	n	7	9	16	
		% em TPOC	4,8%	20,9%	8,5%	
Total	n		146	43	189	
	% em TPOC		100,0%	100,0%	100,0%	

Teste utilizado: Teste exato de Fisher.

Tabela 29 - Associação entre Transtorno de personalidade obsessivo-compulsiva (TPOC) e Transtorno parafílico (TP) Fetichista. Dentre as três alunas com TP Fetichista, três apresentavam TPOC ($p=0,011$)

			TPOC		Total	valor p
			Não	Sim		
TP fetichista	Não	n	147	40	187	0,011
		% em TPOC	100,0%	93,0%	98,4%	
	Sim	n	0	3	3	
		% em TPOC	0.0%	7,0%	1,6%	
Total		n	147	43	190	
		% em TPOC	100,0%	100,0%	100,0%	

Teste utilizado: Teste exato de Fisher.

Tabela 30 - Associação entre Transtorno de personalidade obsessivo-compulsiva (TPOC) e pelo menos uma fantasia Parafílica. Dentre as 99 alunas com pelo menos uma fantasia Parafílica, 31 apresentavam TPOC ($p=0,005$)

			TPOC		Total	valor p
			Não	Sim		
Pelo menos uma fantasia parafílica	Não	n	75	12	87	0,005
		% em TPOC	52,4%	27,9%	46,8%	
	Sim	n	68	31	99	
		% em TPOC	47,6%	72,1%	53,2%	
Total		n	143	43	186	
		% em TPOC	100,0%	100,0%	100,0%	

Teste utilizado: Qui-quadrado com correção de continuidade.

Tabela 31 - Associação entre Transtorno de personalidade obsessivo-compulsiva (TPOC) e pelo menos uma Parafilia. Dentre as 46 alunas com pelo menos uma parafilia, 19 apresentavam TPOC ($p=0,001$)

			TPOC		Total	valor p
			Não	Sim		
Pelo menos uma parafilia	Não	n	118	24	142	0,001
		% em TPOC	81,4%	55,8%	75,5%	
	Sim	n	27	19	46	
		% em TPOC	18,6%	44,2%	24,5%	
Total	n		145	43	188	
	% em TPOC		100,0%	100,0%	100,0%	

Teste utilizado: Qui-quadrado com correção de continuidade.

Tabela 32 - Associação entre Transtorno de personalidade obsessivo-compulsiva (TPOC) e pelo menos um Transtorno parafílico (TP). Dentre as 26 alunas com pelo menos um TP, 12 apresentavam TPOC ($p=0,004$)

			TPOC		Total	valor p
			Não	Sim		
Pelo menos um TP	Não	n	132	30	162	0,004
		% em TPOC	90,4%	71,4%	86,2%	
	Sim	n	14	12	26	
		% em TPOC	9,6%	28,6%	13,8%	
Total	n		146	42	188	
	% em TPOC		100,0%	100,0%	100,0%	

Teste utilizado: Qui-quadrado com correção de continuidade.

6.4 Modelo de regressão logística

Com o objetivo de identificar os possíveis fatores (covariáveis) que influenciam no desfecho TOC, TPOC e TOC subclínico, um modelo de regressão logística múltipla foi ajustado para cada variável de interesse (fantasias parafílicas, Parafilias e TP).

- 1) Em relação às fantasias Parafílicas:

- a) Nenhuma delas foi suficiente para explicar o TOC.
- b) Apenas a variável fantasia Voyeurismo foi significativa para explicar o TPOC (Tabela 33).

A presença da fantasia Voyeurismo aumentou em aproximadamente duas vezes (OR=2,154) a chance de a aluna apresentar TPOC, no entanto é importante mencionar que o valor p é 0,05.

Tabela 33 - Estimativas dos parâmetros do modelo de regressão logística ajustado aos dados: fantasia Voyeurismo aumentou o Transtorno de personalidade obsessivo-compulsiva (TPOC)

Variável	Estimativa	Erro Padrão	valor p	Odds ratio (OR)	IC (95%) para OR	
					Inferior	Superior
Fantasia voyeurismo (Sim)	0,767	0,392	0,050	2,154	1,000	4,644
Constante	-1,664	0,259	<0,001	0,189		

- c) Apenas a variável fantasia Exibicionismo foi significativa para explicar o TOC subclínico (Tabela 34).

A presença da fantasia Exibicionismo aumentou em aproximadamente 3,3 vezes (OR = 3,296) a chance de a aluna apresentar TOC subclínico em relação à ausência dessa fantasia.

Tabela 34 - Estimativas dos parâmetros do modelo de regressão logística ajustado aos dados: Fantasia Exibicionismo aumentou o Transtorno obsessivo-compulsivo (TOC) subclínico

Variável	Estimativa	Erro Padrão	valor p	Odds ratio (OR)	IC (95%) para OR	
					Inferior	Superior
Fantasia exibicionismo (Sim)	1,193	0,442	0,007	3,296	1,386	7,837
Constante	-1,682	0,255	<0,001	0,186		

2) Em relação às Parafilias:

- a) As variáveis “pelo menos uma Parafilia” e Parafilia Sadismo foram significativas para explicar o TOC (Tabela 35).

A presença de pelo menos uma parafilia aumentou em praticamente seis vezes (OR=6,448) a chance de a aluna ter TOC. Já para a variável parafilia sadismo, foi possível observar que a chance aumentou em 54 vezes (OR=54,759). No entanto, vale observar que o intervalo de confiança foi extremamente amplo. Isso ocorreu devido ao número muito pequeno de alunas com sadismo e TOC.

Tabela 35 - Estimativas dos parâmetros do modelo de regressão logística ajustado aos dados: Parafilia Sadismo e pelo menos uma Parafilia aumentaram o Transtorno obsessivo-compulsivo (TOC)

Variável	Estimativa	Erro Padrão	valor p	Odds ratio (OR)	IC (95%) para OR	
					Inferior	Superior
Parafilia sadismo (Sim)	4,003	1,761	0,023	54,759	1,734	1729,164
Pelo menos uma parafilia (Sim)	1,864	0,559	0,001	6,448	2,157	19,274
Constante	-2,725	0,366	<0,001	0,066		

- b) As variáveis Parafilia Exibicionismo e Parafilia Fetichismo foram significativas para explicar o TPOC (Tabela 36).

A presença da Parafilia Exibicionismo aumentou em aproximadamente 15 vezes ($OR=15,221$) a chance de a aluna apresentar TPOC em relação às alunas sem essa parafilia. Além disso, a presença da Parafilia Fetichismo aumentou em praticamente quatro vezes ($OR=4,097$) a chance de a aluna apresentar TPOC.

Tabela 36 - Estimativas dos parâmetros do modelo de regressão logística ajustado aos dados: Parafilia Exibicionismo e Parafilia Fetichismo aumentaram o Transtorno de personalidade obsessivo-compulsiva (TPOC)

Variável	Estimativa	Erro Padrão	valor p	Odds ratio (OR)	IC (95%) para OR	
					Inferior	Superior
Parafilia exibicionismo (Sim)	2,723	1,124	0,015	15,221	1,682	137,759
Parafilia fetichismo (Sim)	1,410	0,574	0,014	4,097	1,329	12,630
Constante	-1,625	0,223	<0,001	0,197		

- c) Nenhuma Parafilia foi significativa para explicar o TOC subclínico.

3) Em relação aos TP:

- a) A Tabela 37 apresenta as estimativas dos parâmetros do modelo de regressão logística múltipla, em que é possível observar que a variável independente TP Frotteurista foi significativa para explicar a variável TOC.

A presença de TP Frotteurista aumentou em aproximadamente 14 vezes ($OR=14,109$) a chance de TOC.

Tabela 37 - Estimativas dos parâmetros do modelo de regressão logística ajustado aos dados: o Transtorno parafílico (TP) Frotteurista aumenta o Transtorno obsessivo-compulsivo (TOC)

Variável	Estimativa	Erro Padrão	valor p	Odds ratio (OR)	IC (95%) para OR	
					Inferior	Superior
TP frotteurista (Sim)	2,647	0,837	0,002	14,109	2,734	72,803
Constante	-2,529	0,329	<0,001	0,080		

- b) A Tabela 38 mostra as estimativas dos parâmetros do modelo de regressão logística múltipla, em que é possível observar que as variáveis independentes TP Exibicionista e TP do Masoquismo Sexual foram significativas para explicar a variável TPOC.

Observou-se que a presença de TP Exibicionista aumentou a chance de TPOC em quase 11 vezes (OR=10,713). Já a presença de TP do Masoquismo Sexual aumentou em aproximadamente 5,4 vezes (OR=5,423) a chance de a aluna apresentar TPOC.

Tabela 38 - Estimativas dos parâmetros do modelo de regressão logística ajustado aos dados: o Transtorno parafílico (TP) Exibicionista e TP do Masoquismo Sexual aumentaram o Transtorno de personalidade obsessivo-compulsiva (TPOC)

Variável	Estimativa	Erro Padrão	valor p	Odds ratio (OR)	IC (95%) para OR	
					Inferior	Superior
TP exibicionista (Sim)	2,371	1,167	0,042	10,713	1,087	105,549
TP do Masoquismo Sexual (Sim)	1,691	0,799	0,034	5,423	1,133	25,962
Constante	-1,537	0,213	<0,001	0,215		

- c) Entre as variáveis independentes consideradas (TP), nenhuma foi significativa para explicar o TOC subclínico.

6.5 Resumo dos resultados

As frequências das Fantasia Parafilicas foram: pelo menos uma Parafilia (53,2% com N=99 das 186 respondentes), Voyeurismo (30,2% com N=54 das 179 respondentes), Fetichismo (25,4% com N=48 das 189 respondentes), Frotteurismo (17,6% com N=33 das 188 respondentes), Exibicionismo (16,1% com N=30 das 186 respondentes), Masoquismo (13,7% com N=26 das 190 respondentes), Sadismo (5,8% com N=11 das 189 respondentes), Pedofilia (1,6% com N=3 das 190 respondentes) e Transvestismo (0,5% com N=1 das 190 respondentes). As frequências das Parafilias foram: pelo menos uma Parafilia (24,5% com N=46 das 188 respondentes), Voyeurismo (9% com N=17 das 189 respondentes), Fetichismo (8,5% com N=16 das 189 respondentes), Frotteurismo (6,3% com N=12 das 190 respondentes), Masoquismo (6,3% com N=12 das 190 respondentes), Exibicionismo (3,7% com N=7 das 188 respondentes), Sadismo (1,6% com N=3 das 189 respondentes), Pedofilia (1,1% com N=2 das 190 respondentes) e Transvestismo (0,5% com N=1 das 190 respondentes). Quanto aos TP, foram encontradas as seguintes frequências: pelo menos um TP (13,8% com N=26 das 188 respondentes), Voyeurista (6,9% com N=13 das 189 respondentes), do Masoquismo (3,7% com N=7 das 189 respondentes), Frotteurista (3,7% com N=7 das 190 respondentes), Exibicionista (2,6% com N=5 das 190 respondentes), Fetichista (1,6% com N=3 das 190 respondentes), do Sadismo (1,1% com N=2 das 190 respondentes), Pedofilíco (1,1% com N=2 das 190 respondentes) e Transvestista (0% com N=0 das 190 respondentes).

Para o TOC, a frequência foi de 13,1% com N=24 das 183 respondentes, para o TOC subclínico, 25% com N=45 das 180 respondentes e para TPOC, 22,6% com N=43 das 190 respondentes.

Nas tabelas cruzadas, a variável TOC obteve $p \leq 0,05$, quando associada às seguintes variáveis: Parafilia Voyeurismo, TP Voyeurista, Parafilia Exibicionismo, TP Exibicionista, Parafilia Frotteurismo, TP Frotteurista, Parafilia Sadismo, TP Fetichista, pelo menos uma Parafilia e pelo menos um TP.

A variável TOC subclínico obteve $p \leq 0,05$, quando associada às seguintes variáveis: Fantasia Exibicionismo, Fantasia Fetichismo, Parafilia Fetichismo, pelo menos uma Fantasia Parafílica.

A variável TPOC obteve $p \leq 0,05$, quando associada às seguintes variáveis: Fantasia Voyeurismo, Parafilia Exibicionismo, TP Exibicionismo, Parafilia Masoquismo, Fantasia Fetichismo, Parafilia Fetichismo, TP Fetichismo, pelo menos uma Fantasia Parafílica, pelo menos uma Parafilia e pelo menos um TP.

O modelo de regressão logística mostrou, em relação às Fantasias Parafílicas, que nenhuma delas foi suficiente para explicar o TOC. Apenas a variável Fantasia Voyeurismo foi significativa para explicar o TPOC ($OR=2,154$, $p=0,05$). A variável Fantasia Exibicionismo foi a única significativa para explicar o TOC subclínico ($OR=3,296$). Em relação às Parafilias, as variáveis que explicaram o TOC foram: pelo menos uma Parafilia ($OR=6,448$) e Parafilia Sadismo ($OR=54,759$, porém com IC muito amplo). As Parafilias que explicaram o TPOC foram: Parafilia Exibicionismo ($OR=15,221$) e Parafilia Fetichismo ($OR=4,097$). Nenhuma Parafilia foi significativa para explicar o TOC subclínico. O TP que aumentou o risco de TOC foi o Frotteurista ($OR=14,109$). Os TP que elevaram o risco para TPOC foram: TP Exibicionista ($OR=10,713$) e TP Masoquismo Sexual ($OR=5,423$). Nenhum TP explicou o TOC subclínico.

7. Discussão

7.1 Amostra

Segundo Oliveira Júnior e Abdo (2010), os comportamentos sexuais não convencionais (que incluem as Parafilias) são mais frequentes em classes sociais mais baixas. Um estudo comparativo poderia ter sido realizado caso a amostra das internas da Penitenciária tivesse sido liberada.

As pesquisas sobre TP são realizadas, em grande parte, em populações de agressores sexuais ou populações clínicas, compostas, em sua maioria, por homens (Bradford et al., 1992; Jakubczyk et al., 2017; Lehne; Money, 2003; Wéry et al., 2016). Estudos na população geral também têm sido realizados (Holvet et al., 2017; Joyal, 2015; Joyal; Carpentier, 2017, Oliveira Júnior; Abdo, 2010). Porém, esta divisão mais objetiva entre fantasias, Parafilias e TP, de acordo com critérios do DSM-5 (APA, 2013), não foi encontrada na literatura.

Em relação às diferenças entre os sexos, há relatos de que o sadomasoquismo, por exemplo, ocorreria na proporção de vinte homens para cada mulher (Kafka; Prentky, 1992). Oliveira Júnior e Abdo (2010) observaram que mais homens (52,3%) que mulheres (30,4%) ($p < 0,001$) apresentam comportamento sexual não convencional. Wéri et al. (2016) pesquisaram uma população de adictos sexuais e afirmaram que a questão do porquê as TP são mais prevalentes em homens não é clara. Dawson et al. (2016) encontraram diferença significativa entre os sexos, com homens relatando significativamente menos repulsa (ou mais excitação) para a maioria dos atos parafílicos que as mulheres. Para Fehlow (1975), a tradicional inibição moral, passividade e intensa falta de agressividade no comportamento sexual feminino em conjunto com uma ligação mais forte entre erotismo e sexualidade do que com os homens, são consideradas as principais causas para a baixa “delinquência sexual” feminina. Rabinerson et al. (2011) observaram maior prevalência de Hipoxifilia sexual nos homens do que nas mulheres. De acordo com Chow e Choy (2002), a Pedofilia em mulheres é pouco pesquisada. Segundo Rowan et al. (1990), em uma amostra de aproximadamente 600 casos de molestadores de crianças, em apenas nove a autoria foi feminina. Holvoet et al. (2017) estudaram uma amostra da população geral belga e encontraram BDSM e

interesses fetichistas significativamente maiores em homens do que em mulheres.

Entretanto, é possível que esses dados de prevalência de TP em mulheres estejam subestimados (Joyal; Carpentier, 2017; Raphiling, 1989). A hipótese de que os TP sejam menos frequentes em mulheres se deve a estas realizarem seus impulsos pré-genitais de maneira sublimada, o que acontece, por exemplo, quando uma babá limpa as partes íntimas de um bebê. Assim, teriam menos probabilidade de exteriorizar sua sexualidade parafílica (Abdo, 2012; Gillespie, 1956). Segundo Raphiling (1989), o Fetichismo em mulheres pode ser subnotificado e ser mais prevalente do que se acreditava previamente. Numa pesquisa de Breslow et al. (1985) sobre a subcultura sadomasoquista, dos 182 indivíduos que responderam, 130 eram homens e 52 mulheres, indicando significativa presença feminina nessa subcultura. Joyal e Carpentier (2017) avaliaram 1.040 homens e mulheres adultos da população geral e curiosamente níveis de interesse em fetichismo e masoquismo não foram significativamente diferentes entre homens e mulheres.

O presente estudo encontrou frequência significativa de fantasias parafílicas (53,2%), Parafilias (24,5%) e TP (13,8%) em mulheres de bom nível sociodemográfico de uma população não clínica. Por outro lado, nos estudos acima citados, anteriores ao DSM-5, não foi realizada a divisão entre fantasias, Parafilias e TP, como ocorreu neste estudo.

7.2. Frequências de fantasias parafílicas, Parafilias e TP

7.2.1 Frequências de fantasias parafílicas, Parafilias e TP (geral)

O DSM-5 preconiza que as prevalências de Parafilias e TP são pouco conhecidas, baseadas em estimativas (APA, 2013). A dificuldade metodológica de avaliar tais quadros decorre do fato de que os indivíduos têm dificuldades em expor sua intimidade, inclusive porque alguns desses quadros podem configurar atos criminosos (Sharma, 2003).

Para o presente estudo foram utilizados questionários elaborados segundo os critérios do DSM-5 (APA, 2013) para Parafilias e TP (Fisher et al., 2015). A versão traduzida para o português (APA, 2014) foi adaptada para uma linguagem mais simples, para que fossem mais facilmente compreendidos pelas participantes. Tais questionários foram utilizados devido ao fato de que não existem escalas com tais características validadas para o português.

Indivíduos parafílicos com comportamentos exibicionistas, frotteuristas, voyeuristas e pedofílicos são considerados portadores de TP porque, por definição, os impulsos são realizados com quem não consentiu ou não tem capacidade de consentir. Diferentemente do que ocorre, por exemplo, com o sadismo, que pode ser praticado com indivíduo que consentiu (APA, 2013). O “critério A” do Transtorno Pedofílico (por exemplo) afirma: “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)” (APA, 2014 p. 698). Assim, a palavra “comportamento” deste “critério A” poderia ter sido suprimida nos quadros de exibicionistas, frotteuristas, voyeuristas e pedofílicos, já que estes comportamentos são sempre TP.

Por outro lado, caso o indivíduo apresente por um período de pelo menos seis meses, fantasias sexualmente excitantes e impulsos sexuais intensos e recorrentes envolvendo atividade sexual com criança ou crianças pré-púberes (em geral 13 anos ou menos), ele preenche o “critério A”, mesmo não tendo realizado o comportamento. Para preencher os critérios para Transtorno Pedofílico, ele precisa ter realizado o comportamento ou apresentar sofrimento ou dificuldades interpessoais, caso contrário não é TP, segundo o DSM-5 (APA, 2013).

Uma questão polêmica é a do indivíduo pedófilo que assiste a filmes com a presença crianças participando de atividades sexuais. Na verdade, não é um comportamento com pessoas ao vivo. Porém, o produtor do filme, que pode nem ser pedófilo, só vai obter lucro e produzir este material se um pedófilo for seu consumidor. Isto já justifica a proibição do armazenamento de tais filmes. Como se trata de um ato ilegal, o indivíduo que o pratica pode se

enquadrar na segunda parte do “critério B” do DSM-5, ou seja, “os impulsos ou as fantasias sexuais causam sofrimento intenso ou dificuldades interpessoais” (APA, 2014, p. 698). Portanto, este indivíduo é considerado portador de TP pedofílico.

Segundo o CID-11, em elaboração, para que se configure um TP o indivíduo tem que realizar o impulso com quem não consente ou não é capaz de consentir e/ou as fantasias ou impulsos causarem sofrimento (não simplesmente uma consequência de rejeição ou medo de rejeição por outros) e/ou a natureza do comportamento parafílico, mesmo que consensual, envolver um significativo risco de injúria ou morte (por ex.: Asfixiofilia) (Giami, 2015).

Neste estudo, dividiram-se as fantasias parafílicas de parafilias e TP, segundo critérios do DSM-5. Verificaram-se, nesta pesquisa, duas alunas (1,1%) que preenchiam os critérios do DSM-5 para fantasia pedofílica, parafilia e TP e uma aluna (0,5%) que preenchia apenas o critério de fantasia pedofílica. Assim, as duas alunas que apresentaram parafilia pedofílica preenchiam os critérios para TP. Dessa maneira, indivíduos que apresentam fantasias pedofílicas intensas e recorrentes têm grande probabilidade de apresentarem algum tipo de sofrimento, pois a pedofilia é abominada pela sociedade. Portanto, como ocorreu nesta amostra, é muito provável que um parafílico pedofílico tenha também a correspondente TP.

Ahlers et al. (2011) analisaram a história sexual de 367 homens entre 40 e 79 anos de uma comunidade, por meio de questionários autorrespondidos, observando que a porcentagem que relatou pelo menos um padrão de excitação sexual associado à parafilia (PESAP) foi de 62,4%, mas em apenas 1,7% dos casos, o PESAP causou sofrimento. Joyal (2015) recrutou uma amostra da população geral via *internet* e notou que 57% preenchiam os critérios do DSM-5 para parafilia, não confundindo com TP. Joyal e Carpentier (2017) afirmaram que aproximadamente metade de uma amostra da população geral (recrutada via *internet* e telefone) mostrou interesse em pelo menos uma categoria de parafilia, e aproximadamente um terço tinha tido experiência com tais práticas, pelo menos uma vez. Wéry et al. (2016) estudaram uma população de adictos sexuais, em que 60,6% apresentavam pelo menos uma

parafilia. Templeman e Stinnett (1991), avaliando uma população de 60 homens estudantes, verificaram que aproximadamente 65% estiveram engajados em alguma forma de “má conduta” sexual no passado, indo desde contatos sexuais com crianças e sexo coercitivo com mulheres até Voyeurismo e Frottage. Sugeriu, então, que homens jovens são facilmente excitados por uma variedade de estímulos e procuram, também, uma variedade de experiências sexuais, algumas das quais são punidas pela lei. Clemente et al. (2017) encontraram uma prevalência de 47% de pensamentos/comportamentos parafilicos (incluindo TP) numa população de 134 dependentes químicos, sendo 23,9% mulheres. Em uma revisão sistemática, Critelli e Bivona (2008) observaram que entre 31% e 57% das mulheres têm fantasias nas quais elas são forçadas a fazer sexo contra vontade e em 9-17% delas estas são as fantasias mais frequentes ou mesmo a fantasia favorita. Eles afirmaram que dentre possíveis explicações para isso está o masoquismo. Portanto, os autores acima encontraram 50% ou mais de padrões de excitação sexual parafilicos. Esses valores são condizentes com os achados do presente estudo de “pelo menos uma fantasia parafilica”, ou seja, 53,2%.

Marsh et al. (2010) constataram numa amostra de 120 pacientes psiquiátricos internados, 13,4% com sintomas consistentes com pelo menos uma parafilia (de acordo com o DSM-4) ao longo da vida, sendo que as parafilias mais comuns foram: Voyeurismo (8%), Exibicionismo (5,4%) e Masoquismo Sexual (2,7%).

Oliveira Júnior e Abdo (2010) observaram que o comportamento fetichista (13,4%) e voyeurista (13,0%) foram os mais frequentes. Joyal e Carpentier (2017) avaliaram 1.040 homens e mulheres adultos da população geral e curiosamente os níveis de interesse em fetichismo e masoquismo não foram significativamente diferentes entre homens e mulheres. Frías et al. (2017) afirmam que o Transtorno do Masoquismo Sexual é considerado a mais prevalente Parafilia dentre as mulheres. Na presente amostra, 53,2% apresentavam pelo menos uma fantasia parafilica, 24,5 % pelo menos uma Parafilia e 13,8% pelo menos um TP. As fantasias mais frequentes foram

Voyeurismo (30,2%) e Fetichismo (25,4%). As Parafilias mais encontradas foram também Voyeurismo (9%) e Fetichismo (8,5%). Em relação aos TP, as frequências maiores foram: Voyeurista (6,9%), do Masoquismo (3,7%) e Frotteurista (3,7%).

Semelhante ao estudo de Frias et al. (2017), o TP do masoquismo também foi bem frequente, ficando atrás apenas do TP Voyeurista. A Parafilia Masoquismo (6,3%) foi mais recorrente que a Parafilia Exibicionismo (3,7%), ao contrário do que ocorreu com as respectivas fantasias (13,7% para Masoquismo e 16,1% para Exibicionismo). Isto sugere que as fantasias exibicionistas são muito comuns, mas não de forma tão intensa e persistente por pelo menos seis meses. Porém, no caso das fantasias masoquistas, é mais habitual que sejam intensas e persistentes por pelo menos seis meses. A fantasia Fetichismo foi bem presente (25,4%), mas seu TP foi raro (1,6%), o que sugere que ter fantasias fetichistas não leva comumente ao sofrimento. Por outro lado, a Pedofilia e o Transvestismo foram escassos, tanto nas fantasias como nas Parafilias e nos TP.

A comparação entre os resultados desta pesquisa com os dados da literatura ficou em parte prejudicada, pois os estudos mais antigos não faziam divisão entre fantasia, Parafilia e TP, segundo os critérios do DSM-5.

7.2.2 Frequências de fantasias parafilicas, Parafilias e TP (BDSM)

A prevalência do Sadismo Sexual é desconhecida (Fedoroff, 2008). Krueger (2010a) afirma que a prevalência de sadismo varia entre 2 e 30%. O estudo de Richters et al. (2008) mostrou que 1,8% das pessoas sexualmente ativas (2,2% de homens, 1,2% de mulheres) afirmaram que se envolveram em BDSM no último ano, sendo que a frequência maior foi em *gays*, homens bissexuais, lésbicas e mulheres bissexuais. Em 2005, uma pesquisa com 317.000 pessoas em 41 países demonstrou que 20% delas usaram máscara, vendas nos olhos ou outros acessórios de bondage: 5% se consideravam sadomasoquistas, 19% usaram *spanking* na atividade sexual, 22% relataram uso de vendas nos olhos ou algemas no ato sexual (Dean, 2015). Segundo

Levitt et al. (1994), em relação à prevalência e a alguns atributos das mulheres nesta subcultura, elas tendem mais frequentemente ao papel de submissão. Holvoet et al. (2017) analisaram uma amostra da população geral belga e encontraram alto interesse nas atividades relacionadas ao BDSM, sendo que 46,8% da amostra total já haviam realizado pelo menos uma atividade relacionada ao quadro e 22% adicionais indicaram ter tido fantasias sobre isso. Curiosamente, 12,5% da população total indicou a realização de pelo menos uma atividade relacionada a esta parafilia de maneira regular. Quando perguntado se eles se viram interessados em BDSM, 26% declararam que este era o caso e 7,6% se autoidentificaram como praticantes. Os interesses em atividades dominantes e submissas foram comparáveis e, notavelmente, foram altamente correlacionados. O sadomasoquismo foi significativamente maior em homens do que em mulheres. O grupo mais velho (48-65 anos de idade) apresentou escores significativamente menores em comparação com seus pares mais jovens.

O DSM-5 sugere as seguintes estimativas de prevalência: Transtorno do Masoquismo Sexual (2,2% dos homens e 1,3% das mulheres referiram ter praticado BDMS nos últimos 12 meses na Austrália), Transtorno do Sadismo Sexual (2 a 30%, dependendo dos critérios diagnósticos).

Na presente amostra, a frequência da fantasia sadismo foi de 5,8% e da fantasia masoquismo de 13,7%. A Parafilia sadismo foi de 1,3% e a masoquismo de 6,3%. Quanto ao TP do sadismo foi de 1,1% e o do masoquismo de 3,7%. Assim, o masoquismo foi mais frequente que o sadismo nas três intensidades, o que está de acordo com Levitt et al. (1994) na população feminina. Algumas pesquisas citadas acima mostram frequências bem mais altas, pelo menos no que se refere a fantasias. Tais pesquisas utilizaram amostras via *internet* (Dean, 2015; Holvoet et al., 2017) e não com a presença das respondentes como a presente pesquisa. Tal fato pode explicar a menor frequência observada neste estudo.

7.2.3 Frequências de fantasias parafilicas, Parafilias e TP (pedofilia)

Uma pesquisa *online* revelou que, dentre os homens, 6% indicaram alguma probabilidade de fazer sexo com uma criança se tivessem a garantia de que eles não seriam pegos ou punidos, o que ocorre com 2% das mulheres. Nove por cento dos homens e 3% das mulheres sinalizaram alguma possibilidade de assistirem pornografia infantil na *internet*. Em geral, aproximadamente 10% dos homens e 4% das mulheres relataram alguma possibilidade de fazerem sexo com crianças ou de assistirem pornografia infantil (Wurtele et al., 2014). Numa pesquisa britânica, 10% dos respondentes relataram que haviam sido sexualmente abusados antes da idade de 16 anos, sendo 12% de mulheres e 8% de homens. Estima-se que há mais de 4,5 milhões de adultos na Grã-Bretanha que foram abusados quando criança (Baker; Duncan, 1985). Numa pesquisa com 930 mulheres adultas, 38% relataram pelo menos uma experiência de ser abusada sexualmente antes de 18 anos de idade e 28% relataram pelo menos uma experiência assim antes dos 14 anos (Russell, 1983). Segundo Xu et al. (2017), a prevalência de ser abusado sexualmente na infância é alta dentre os homens orientais, que fazem sexo com homens, sendo que 36,2% foram abusados sem contato (como convites sexuais e exibicionismo) e 29,8% com contato genital ou intercursos. Segundo Ahlers et al. (2011), o PESAP pedofílico nas fantasias e no comportamento sexual na vida real foi relatado por 9,5% e 3,8% dos participantes, respectivamente.

O DSM-5 estima que o Transtorno Pedofílico ocorra em 3 a 5% dos homens, sendo que nas mulheres a prevalência é bem menor, não especificando quanto (APA, 2013).

Neste estudo, as frequências foram: fantasia (1,6%), Parafilia Pedofilia (1,1%) e TP (1,1%). É importante notar que as frequências de Parafilia e TP foram as mesmas, indicando que quem apresenta Parafilia Pedofilia tem boa possibilidade de ter sofrimento ou dificuldades interpessoais, segundo o “critério B” do DSM-5. Ou seja, quem tem fantasias pedófilas intensas e persistentes por pelo menos seis meses (“Critério A”) tem boa possibilidade de

ter ao menos sofrimento ou dificuldades interpessoais (“Critério B”) por conta disso; o que justifica o diagnóstico de TP. Por outro lado, as frequências de fantasia pedofilia, Parafilia pedofilia e TP pedofílico foram baixas comparadas com alguns estudos, já citados. Como os quadros pedofílicos podem ser considerados crimes, a aplicação de questionários presenciais poderia inibir a fidedignidade das respostas. Outra hipótese seria que esses quadros são mesmo mais raros em mulheres, pelo menos com essas características sociodemográficas. Outra possibilidade, ainda, é o fato de as mulheres sublimarem seus impulsos pedofílicos, resultando em menor frequência (Abdo, 2012; Gillespie, 1956; Raphiling, 1989).

7.2.4 Frequências de fantasias parafílicas, Parafilias e TP (voyeurismo, exibicionismo e frotteurismo)

Joyal e Carpentier (2017) afirmam que a prevalência de quadros parafílicos na população não clínica permanece desconhecida, sendo que Voyeurismo, Frotteurismo, Fetichismo e Masoquismo apresentaram níveis bem acima do que poderia ser considerado não usual (15,9%), tanto em homens como em mulheres. Johnson et al. (2014), em uma revisão de literatura, encontraram 35% de frotteurismo em um estudo e 7,9%, 9,1% e 9,7% em outros. Porém, todos com limitações metodológicas. Seto et al. (2014) enfatizaram as dificuldades metodológicas para avaliar as Parafilias. Clark et al. (2016) avaliaram 459 estudantes do gênero feminino e detectaram altas taxas de mulheres vítimas de atos exibicionistas e frotteuristas. Uma ampla pesquisa na população geral sueca mostrou que 3,1% dos respondentes relataram pelo menos um incidente de ficarem excitados em expor seus genitais para um estranho e 7,7% referiram pelo menos um incidente de ficar sexualmente excitados por expiar outros fazendo sexo (Långström; Seto, 2006). Segundo Greenberg (1998), os estupradores e exibicionistas têm maiores riscos de recidiva que outros agressores sexuais. Greenberg et al. (2002) observaram que os Exibicionistas que recidivaram em crimes eram mais jovens, com menor nível de educação, maior índice de Pedofilia e mais ofensas criminais. Seto et al. (2014) enfatizaram as dificuldades metodológicas para avaliar as Parafilias.

O DSM-5 sugere as seguintes estimativas de prevalências: Transtorno Voyeurista (12% em homens e 4% em mulheres), Transtorno Exibicionista (2 a 4%, sendo que em mulheres a prevalência é ainda mais incerta, mas estima-se ser bem menor que nos homens), Transtorno Frotteurista (10 a 14% dos homens adultos). Porém, o próprio DSM-5 sugere que esses dados são apenas estimativas (APA, 2013). No presente estudo observou-se: fantasia voyeurismo (30,2%), Parafilia voyeurismo (9%), TP voyeurista (6,9%), fantasia exibicionismo (16,1%), Parafilia exibicionismo (3,7%), TP exibicionismo (2,6%), fantasia frotteurismo (17,6%), Parafilia frotteurismo (6,3%) e TP frotteurista (3,7%).

7.2.5 Frequências de fantasias parafílicas, Parafilias e TP (transvestismo)

Segundo o DSM-5, o Transtorno Transvêstico é raro em homens e mais raro em mulheres, sendo que menos de 3% dos homens afirmam já terem se excitado por vestir roupas femininas (APA, 2013). Uma pesquisa apontou que 2,8% dos homens e 0,4% das mulheres relataram pelo menos um episódio de fetichismo transvêstico. (Långström; Zucker, 2005). Na presente amostra foram observados: fantasia transvestismo (0,5%), Parafilia transvestismo (0,5%), TP transvêstico (0%). Portanto, é um quadro mais raro, condizente com os autores acima.

7.2.6 Frequências de fantasias parafílicas, Parafilias e TP (fetichismo)

Scorolli et al. (2007) realizaram uma pesquisa *online* sobre fetichismo, mostrando que as preferências por partes ou características do corpo e para objetos geralmente associados ao corpo foram mais comuns (33 e 30%, respectivamente), seguidas de preferências pelo comportamento de outras pessoas (18%), comportamento próprio (7%), comportamento social (7%) e objetos não relacionados ao corpo (5%). Pés e objetos associados aos pés eram os alvos mais comuns das preferências. Segundo os autores, essas descobertas fornecem o primeiro grande banco de dados em uma área, em

que o conhecimento é particularmente escasso. Oliveira Júnior e Abdo (2010) encontraram que o Fetichismo (13,4%), ao lado do Voyeurismo (13%), foram as mais frequentes das parafilias. Porém, ainda não havia a separação entre parafilias e TP proposta pelo DSM-5. Este, no entanto, nem cita a prevalência ou a estimativa de fetichismo. Todavia, afirma que o TP fetichista ocorre quase somente em homens nas amostras clínicas (APA, 2013).

Neste estudo foram encontrados: fantasia fetichismo (25,4%), Parafilia fetichismo (8,5%) e TP fetichista (1,6%). O fetichismo foi a segunda fantasia e a segunda parafilia mais frequente. Porém, houve baixa taxa de TP, o que sugere que ter fantasias fetichistas não leva comumente ao sofrimento. A frequência de fantasia fetichista corroborou os achados de Scorolli et al. (2007). Oliveira Júnior e Abdo (2010) também encontraram no Fetichismo e Voyeurismo as frequências mais altas.

7.3 Frequência de TOC

Estudos mostram que a prevalência de TOC é de pelo menos 2% ao longo da vida, mas existem controvérsias metodológicas (Fontenelle et al, 2006; Torres; Lima, 2005). Nos Estados Unidos, a prevalência em 12 meses é 1,2% e no mundo de 1,1 a 1,8%. As mulheres adultas apresentam taxa um pouco maior que as dos homens, embora estes sejam mais afetados na infância (APA, 2013). A frequência de TOC nesta pesquisa foi de 13,1%, com N=24 das 183 respondentes e de TOC subclínico de 25%, com N=45 das 180 respondentes. Portanto, houve frequência bem maior de TOC (13,1%) que o descrito na literatura. Devido ao fato de haver absoluta necessidade de anonimato, as respostas precisaram ser autorresponsivas.

A presença de TOC ao longo da vida foi avaliada pela escala Y-BOCS, validada para o português por Asbahr et al. (2000), porém não na forma autorresponsiva. Assim, por não haver uma escala adequada para ser utilizada, desta maneira, em português, aplicou-se a Y-BOCS, validada para este idioma.

Steketee et al. (1996) compararam a aplicação da escala Y-BOCS na forma de entrevista e autorresponsiva. Ambas apresentaram forte convergência

de validade e discriminaram bem os indivíduos com TOC dos não TOC. Sujeitos clínicos apresentaram mais sintomas na forma autorresponsiva do que na entrevista. Concluíram, então, que seriam necessários mais estudos sobre essa comparação entre as duas formas de aplicação. De qualquer maneira, maior pontuação obtida pela Y-BOCS aplicada na forma autorresponsiva foi, portanto, já descrita na literatura.

Bejerot et al. (2014) afirmaram que as escalas autorresponsivas devem ser breves, que promovam informações compreensivas válidas e confiáveis. Referem que estudos futuros confirmarão que a BOCS (Brief Obsessive-compulsive Scale, que é derivada de Y-BOCS) engloba todas essas qualidades e afirmam sua provável validade entre outras populações.

De acordo com Menchón et al. (2016), nos últimos anos foram criadas várias unidades de avaliação e tratamento para TOC a fim de detectar, diagnosticar e gerenciar adequadamente esse transtorno complexo, mas não há consenso sobre as funções-chave que essas unidades devem desempenhar. Assim, a palavra “traços” foi incluída no título desta pesquisa por conta das dificuldades metodológicas. Por outro lado, o TOC subclínico apresentou frequência de 25% neste estudo, que corresponde às mulheres que pontuaram entre 8 e 15 na escala de Y-BOCS. Porém, a patologia TOC só ocorre quando a pontuação é ≥ 16 .

7.4 Frequência de TPOC

A prevalência de TPOC é estimada entre 2,1 e 7.9% da população geral, e cerca de duas vezes mais frequente no sexo masculino (APA, 2013). A frequência de TPOC nesta pesquisa foi de 22,6% com N=43 das 190 respondentes.

Vários autores avaliaram os Transtornos de Personalidade por meio de entrevistas individuais ou por questionários autorresponsivos. Arroyo e Ortega (2009) avaliaram Transtornos de Personalidade utilizando uma versão espanhola do questionário Exame Internacional dos Transtornos de Personalidade (IPDE), associado a entrevistas individuais não estruturadas.

Abdin et al. (2011) analisaram a validade de um questionário autorresponsoivo chamado Questionário Diagnóstico de Personalidade-4+ (PDQ-4+) como um instrumento de triagem em detentas, comparando com entrevistas clínicas estruturadas para o DSM-IV eixo II. Concluíram que o PSQ-4+ poderia ser utilizado para tal triagem, sendo que este instrumento diagnosticou mais sujeitos com cada Transtorno de Personalidade do que as entrevistas estruturadas. Calvo et al. (2016) utilizaram entrevistas clínicas estruturadas para o eixo I do DSM-IV e o PQD-4+ autorresponsoivo e encontraram 23,5% de TPOC. First et al. (2017) publicaram o SCID-5-versão clínica, que apresenta entrevistas clínicas estruturadas de acordo com o DSM-5, mas não sobre Transtornos de Personalidade.

Assim, não há questionários autorresponsoivos para TPOC validados para o português. Portanto, os pesquisadores elaboraram um, baseado nos critérios do DSM-5, utilizando uma linguagem mais simples.

Como demonstrado nos estudos descritos acima, questionários autorresponsoivos para TPOC apresentaram frequência maior do que entrevistas estruturadas, sendo que Calvo et al. (2016) encontraram frequência até um pouco maior do que o presente estudo, ou seja, 23,5% contra 22,6%.

Por conta dessas dificuldades metodológicas dos questionários autorresponsoivos, foi necessário incluir a palavra “traços” no título desta pesquisa.

7.5 Associações entre Parafilias/TP e TOC

As pesquisas que associam TOC com Parafilias são relatos de casos, revisões de literatura, teorias, cartas ao editor ou até os que focam mais comportamentos sexuais compulsivos não parafilicos.

Inúmeros autores mostram associação entre sintomas obsessivos e Parafilias desde os primórdios da psiquiatria (Steinberg, 2014), sendo que muitos consideram que os TP pertençam ao espectro dos TOCs (Abdo et al, 2001; Balyk, 1997; Hollander; Wong, 1995; Stein; Hollander, 1993). O déficit da ação de serotonina no sistema nervoso central pode ser comum a ambos, bem

como a resposta aos ISRS (Abdo, 2012; Bradford, 1999, 2001; Kafka; Prentky, 1992). A idade de início, o curso crônico e o comportamento repetitivo também são comuns ao TOC e aos TP (Abdo et al., 2001). Indivíduos com síndrome de Tourette apresentam associação com comportamentos sexuais repetitivos, parte deles parafilicos, o que sugere associação entre TOC e Parafilia, já que Tourette faz parte do espectro das doenças associadas ao TOC (Comings, 1994).

Abdo et al. (2001) estudaram dois casos de comorbidade entre TOC e Transvestismo e concluíram que casos de transvestismo podem estar ligados ao TOC. McDougale et al. (1990) publicaram um estudo de caso de Transtorno de Tourette associado com TOC, múltiplas parafilias e comportamento agressivo. Indivíduos impulsivos e com TOC são mais propensos a cometer atos parafilicos (Baltieri; Boer, 2015; Fontenelle et al., 2005). Stahl (2013) coloca o TOC e as Parafilias dentro dos Transtornos Impulsivo-compulsivos. Raymond et al. (2003) estudaram a comorbidade entre traços impulsivo-compulsivos e comportamento sexual compulsivo. Torres et al. (2016) encontraram associações de TOC com Transtornos de controle de impulso e Transtornos sexuais não parafilicos. Krueger e Kaplan (2001) discutiram a questão sobre se as Parafilias e os Transtornos Hipersexuais deveriam ser considerados dentro do espectro dos TOCs. Os autores discutiram a etiologia das Parafilias e distúrbios hipersexuais e consideraram o papel da função endocrinológica, os achados da imagem cerebral e os testes neuropsicológicos, os achados da pesquisa de primatas, a hipótese de monoamina e de impressão, a teoria da aprendizagem social, o conceito de desordem de namoro, o papel de elementos obsessivos compulsivos, teorias psicodinâmicas e fatores genéticos. Stein et al. (1992) afirmaram que as parafilias e os distúrbios relacionados podem ser menos sensíveis aos bloqueadores de recaptção da serotonina do que as obsessões sexuais, ou as compulsões e que talvez as parafilias e os distúrbios relacionados estejam no final impulsivo e não compulsivo do espectro de TOCs. Contudo, os autores concluíram que ensaios controlados seriam necessários para replicar esses achados preliminares. Kafka e Prentky (1992) avaliaram o tratamento de

parafílicos com TOC usando a Fluoxetina. Abouesh e Clayton (1999) analisaram casos de Exibicionismo e Voyeurismo tratados com Paroxetina, sugerindo que esses quadros pertençam ao espectro do TOC. Briken et al. (2003) relataram o tratamento com ISRS para parafílicos. Kafka e Prentky (1994) abordaram a possível relação etiológica entre transtornos depressivos e impulsividade sexual. Jairam e van Marle (2008) descreveram o tratamento de um caso de TOC, Parafilia e hipersexualidade. Schiffer et al. (2007) realizaram estudo de neuroimagem com pedófilos e concluíram que estes apresentavam diminuição do volume da massa cinzenta no *striatum* ventral (também estendida ao núcleo acumbens, ao córtex orbito-frontal e cerebelo), indicando associação entre anormalidades morfométricas frontoestriatais e pedofilia. Isto pode suportar a hipótese de que há um mecanismo etiopatológico compartilhado nos transtornos do espectro obsessivo-compulsivo. Anupama et al. (2016) acompanharam três casos de Transvestismo, sendo que um deles tinha comorbidade com TOC. Butz e Spaccarelli (1999) encontraram em estupradores maior frequência de parafilias e pensamentos obsessivos sobre sexo. Cryan et al. (1992) avaliaram trigêmeos e reportaram associação de TOC e parafilia em dois gêmeos monozigóticos masculinos, sendo a terceira gêmea, uma mulher não afetada. Sugeriram, então, que pacientes com TOC devem ser avaliados para parafilias e vice-versa. Fisher et al. (2015) referiram associação entre Síndrome de Klynfelter com hipersexualidade, comportamentos parafílicos e disforia de gênero, os quais são mediados por traços obsessivo-compulsivos e autistas. Levitam (1976-1977) analisou um caso de “neurose compulsiva” de um paciente cujo testículo não desceu para o saco escrotal. Falou dos mecanismos de defesa contra impulsos sádicos, favorecendo a regressão da libido da fase genital para a fase anal-sádica. Haft (2005) relata a psicanálise de um paciente sádico e com TOC, descrevendo o seu terror do complexo de Édipo e sua regressão à fase anal. De acordo com McDougall (1986), a compulsividade sempre acompanha a sexualidade “perversa”. Ingves et al. (2014) publicaram um caso em que o indivíduo inseria objetos estranhos nos orifícios, o que pode ser classificado como uma parafilia, se feito com prazer. O paciente tinha TOC, depressão e início de demência fronto-temporal.

O'Neil et al. (2005) relataram um caso de TOC, em que o indivíduo tinha dúvida se era pedófilo. Patra et al. (2013) abordaram um caso de um paciente com TOC e Frotteurismo. Hebbar (2014) estudou um caso de TOC associado com TPOC e parafilias.

Obsessões e fantasias parafílicas são intrusivas, sendo que os rituais de TOC são semelhantes às masturbações compulsivas ou outros comportamentos sexuais parafílicos. A comorbidade entre TOC e Parafilias com o espectro da ansiedade e algum grau de depressão é similar (Bradford, 1999, 2001). Nos quadros Parafílicos, porém, os pensamentos intrusivos (fantasias) são prazerosos e não desagradáveis como no TOC.

Neste estudo, pesquisou-se a associação do TOC com cada um dos principais quadros parafílicos (cada fantasia, cada Parafilia e cada TP). A variável TOC não foi estatisticamente relacionada a nenhuma fantasia parafílica. Mas obteve $p \leq 0,05$ quando associada às seguintes Parafilias: Voyeurismo, Exibicionismo, Frotteurismo, Sadismo e pelo menos uma Parafilia. Obteve também $p \leq 0,05$ quando associada aos seguintes TP: Voyeurista, Exibicionista, Frotteurista, Fetichista e pelo menos um TP. O modelo de regressão logística mostrou, em relação às Fantasias Parafílicas, que nenhuma delas foi suficiente para explicar o TOC. Em relação às Parafilias, as variáveis que explicam o TOC são: pelo menos uma Parafilia (OR=6,448) e Parafilia Sadismo (OR=54,759, porém com Intervalo de Confiança muito amplo). O TP que aumentou o risco de TOC foi o Frotteurista (OR=14,109).

A variável TOC subclínico obteve $p \leq 0,05$ quando associada às seguintes fantasias: Exibicionismo, Fetichismo e pelo menos uma Fantasia Parafílica. Teve também $p \leq 0,05$ quando associada à Parafilia Fetichismo. Não houve associação com nenhum TP. O modelo de regressão logística mostrou que em relação às Fantasias, apenas a Fantasia Exibicionismo foi significativa para explicar o TOC subclínico (OR=3,296). Nenhuma Parafilia e nenhum TP foram significativos para explicar o TOC subclínico.

Os dados acima mostraram que o TOC subclínico está mais associado às fantasias parafílicas, enquanto que o TOC está mais associado às Parafilias e aos TP. Assim, quanto mais intensos foram os sintomas Parafílicos, maior foi

a tendência para sintomas de TOC, o que está de acordo com as hipóteses deste estudo.

Southern (2008) demonstrou associação entre sexo virtual compulsivo e distúrbios sexuais como os Transtornos do Flerte. No presente estudo, os sintomas parafílicos do flerte (Voyeurismo, Exibicionismo e Frotteurismo), Fetichismo e Sadismo foram os que se associaram ao TOC. O diferencial desta pesquisa é a divisão dos quadros em fantasias parafílicas, Parafilias e TP (segundo os critérios do DSM-5) e a associação desses com o TOC, mostrando que quanto maior a intensidade dos sintomas parafílicos, maior a intensidade dos sintomas de TOC.

7.6 Associações entre Parafilias/TP e TPOC

Estudos de associação de Parafilias com TPOC são bem mais escassos do que com TOC. Chan e Beauregard (2016) pesquisaram grupos de ofensores sexuais homicidas e não homicidas. No grupo dos homicidas havia maior porcentagem de traços de personalidade paranoide, esquizotípica, *borderline*, histriônica, narcisista, obsessivo-compulsiva e impulsiva. Os homicidas se engajaram mais em exibicionismo, fetichismo, frotteurismo, pedofilia homossexual, masoquismo sexual e parcialismo, comparados aos não homicidas. Em outro estudo Chan et al. (2015) compararam um grupo de homicidas sexuais em série e outro de uma única vítima. Os infratores em série eram mais propensos a ter relações narcisistas, esquizoides e/ou obsessivo-compulsivas e, também, mais propensos a praticar masoquismo sexual, parcialismo, pedofilia homossexual, exibicionismo e/ou voyeurismo. Black et al. (1997) encontraram importante frequência de TPOC em pacientes compulsivos sexuais parafílicos ou não. De acordo Bogaerts et al. (2008), dentre os transtornos de personalidade estudados, o único que está significativamente associado ao abuso parafílico de crianças é o obsessivo-compulsivo. Hebbar (2014) analisou um caso de TOC associado com TPOC e parafilias.

No presente estudo observou-se que a variável TPOC obteve $p \leq 0,05$ quando associada às seguintes fantasias: Voyeurismo, Fetichismo e pelo

menos uma Fantasia Parafílica. Também ocorreu nas Parafilias Exibicionismo, Masoquismo, Fetichismo e pelo menos uma Parafilia $p \leq 0,05$. Ainda se verificou $p \leq 0,05$ nos seguintes TP: Exibicionista, Fetichista e pelo menos um TP. O modelo de regressão logística mostrou, em relação às Fantasias Parafílicas, que a presença da Fantasia Voyeurismo aumentou em aproximadamente duas vezes ($OR=2,154$) a chance de que a aluna apresentasse TPOC, no entanto é importante mencionar que se obteve $p=0,05$. A Parafilia Exibicionismo ($OR=15,221$) e Parafilia Fetichismo ($OR=4,097$) foram associadas ao TPOC. Os TP que elevaram o risco para TPOC foram: TP Exibicionista ($OR=10,713$) e TP Masoquismo Sexual ($OR=5,423$).

Assim, apesar de estudos (incluindo a presente pesquisa) mostrarem associação entre TPOC e quadros parafílicos, estes não obtiveram resultados suficientes para que se concluisse que há associação entre TPOC e este ou aquele quadro parafílico. Daí a necessidade de se padronizarem metodologias para ambos os quadros. Desse modo, resultados mais conclusivos seriam obtidos.

7.7 Implicações para futuras pesquisas

Os resultados deste estudo demonstraram associação importante entre os quadros pesquisados, porém, novas investigações utilizando instrumentos padronizados (não disponíveis na atualidade) poderiam explorar melhor os objetivos da pesquisa.

O desenvolvimento de questionários para TP baseados no DSM-5 ajuda a definir melhor quando o indivíduo apresenta apenas uma fantasia parafílica, quando é uma Parafilia e em que momento se inicia o TP. É importante, na visão dos pesquisadores, que estes instrumentos sejam autorresponsivos, aumentando a chance de fidedignidade nas respostas, pois assim a privacidade de cada um é preservada. Porém, a necessidade de padronização desses instrumentos é iminente, inclusive pela alta frequência dos quadros analisados, como se pode constatar. Dessa forma, as futuras pesquisas poderão obter resultados mais precisos. Da mesma maneira, a validação de

questionários autorresponsivos para TPOC e TOC para o português é importante para avaliar a associação com TP, Parafilias e fantasias parafilicas. Estudos com amostras maiores também poderão ser úteis para confirmar os achados.

Pesquisas comparativas com outras populações, de diferentes níveis socioeconômicos, culturais, formação acadêmica, gênero, orientação sexual, idade e religião devem ser realizadas. Oliveira Júnior e Abdo (2010), por exemplo, aplicaram questionários autorresponsivos para 7.022 indivíduos (45,4% mulheres) e encontraram comportamentos sexuais não convencionais (que incluem as parafilias) mais frequentes em classes sociais mais baixas. A maioria dos autores citados acima encontrou frequência maior nos homens. Será que seguir determinada religião pode ser um fator relevante para que haja prevalências diferenciadas de TP? Assim, dados populacionais podem ser importantes para estudos de possíveis etiologias desse Transtorno. Estudos de neuroimagem, comparando populações com esses quadros também poderiam ser de grande valia para que, no futuro, pesquisadores esclareçam possíveis aspectos fisiopatológicos.

Joyal (2017) realizou um estudo comparando pesquisas sobre frequência de Parafilias, utilizando entrevistas *online* e por telefone. O autor concluiu que o modo *online* pode produzir resultados mais fidedignos. Ocorre que entrevistas *online* tornam a privacidade do indivíduo menos exposta do que por telefone. Na presente pesquisa utilizou-se o modo presencial, porém a privacidade foi priorizada. Um estudo comparativo entre os modos *online* e presencial com privacidade priorizada poderia ser, então, realizado no futuro.

Associações entre os vários tipos de TOC (agressivo, sexual, de contaminação, etc.) com os sintomas parafilicos poderiam ser investigadas no futuro. Por exemplo, um indivíduo sádico que provoca lesões simétricas e conta o número de chicotadas que aplicou em um masoquista teria seu quadro associado ao TOC de simetria ou de contagem?

Outro ponto importante é diferenciar quando o TP ocorre devido ao item 4 dos questionários ou ao item 5. Ou seja, quando o TP é caracterizado por praticar o ato com um indivíduo que não consentiu ou é incapaz de consentir

(item 4), ou quando ele tem sofrimento ou prejuízo devidos à Parafilia em questão (item 5).

Os ISRS são utilizados para o tratamento dos TP e do TOC, mostrando a importância do sistema serotoninérgico na fisiopatologia de ambos os quadros. Assim, novas pesquisas sobre prováveis mecanismos fisiopatológicos comuns poderiam também ser realizadas para a busca de outras formas de tratamento, como o desenvolvimento de novas medicações.

7.8 Implicações para a clínica

Diante do fato de que há uma associação entre sintomas obsessivos e parafílicos, é importante investigar quadros parafílicos em indivíduos obsessivos e vice-versa.

O uso de um ISRS pode tratar o TOC e um possível TP associado, pois a ação serotoninérgica inibe a libido (Stahl, 2013). Assim, quanto mais precocemente se faz o diagnóstico de ambos os quadros, mais cedo o tratamento pode ser instituído.

Muitas pesquisas mostram que fantasias parafílicas atingem metade ou mais da população não clínica (Ahlers et al., 2011; Holvoet et al., 2017; Joyal, 2015; Joyal; Carpentier, 2017). Essas fantasias podem se tornar intensas e recorrentes por pelo menos seis meses, o que caracteriza uma parafilia. Podem também ser realizadas com indivíduos que não consentiram ou são incapazes de consentir, ou podem causar sofrimento, caracterizando um TP. Assim, o diagnóstico mais precoce possível dos TP pode evitar sofrimentos como depressão, quadros ansiosos, disfunções sexuais e o próprio TOC. Pode também evitar que o parafílico cometa um ato (ou mesmo um crime) ao ter relações parafílicas com indivíduos que não consentiram ou não eram capazes de consentir.

7.9 Limitações do estudo

A necessidade de que os questionários fossem autorresponsivos adveio do fato de que a preservação da privacidade das participantes era fundamental. Isto por questões éticas e também porque, assim sendo, a fidedignidade nas respostas seria mais provável, pois não correriam o risco de serem identificadas ou terem a intimidade exposta.

O fato de a prevalência de Parafilias e TP não terem sido bem estabelecida até hoje já demonstra a dificuldade que é abordar esse tema. Faltam melhores definições do que são fantasia, Parafilia ou TP. Assim, as descrições desses quadros não foram homogêneas e as pesquisas, portanto, foram dificultadas.

Com a publicação do DSM-5, os limites entre fantasias, Parafilias e TP ficaram mais claros (APA, 2013). Assim, os pesquisadores elaboraram os instrumentos para avaliar esses quadros baseados nessa classificação internacional. Porém, tais instrumentos não foram validados até o momento.

Estudos sobre TP se defrontam com barreiras éticas como no exemplo de Briken et al. (2017), que tentavam avaliar o uso da Triptorrelina no tratamento de agressores sexuais e como nesta pesquisa, em que não foi possível contar com a amostra das internas da Penitenciária.

Por outro lado, como não há escalas autorresponsivas de TPOC validadas para o português, os pesquisadores elaboraram, para tal, um questionário também baseado no DSM-5.

Com relação ao TOC, foi utilizada a escala de Y-BOCS. Esta é validada para o português, porém, não na forma autorresponsiva (Asbahr et al., 2000). Steketee et al. (1996) mostraram que a forma autorresponsiva seria fidedigna, mas, que tal fato precisaria de confirmação.

Assim, a falta de instrumentos padronizados foi uma limitação importante desta pesquisa. Estudos com amostras maiores e com diferentes características sociodemográficas poderão ser desenvolvidos.

8. Conclusões

Após análise dos resultados, concluiu-se que:

- As Parafilias e os TP foram frequentes nas alunas.
- A presença de pelo menos uma fantasia parafilica ocorreu em mais da metade da amostra.
- As fantasias foram mais frequentes que as Parafilias e estas mais frequentes que os TP, visto que para receberem o diagnóstico de uma Parafilia, precisavam ter a respectiva fantasia e para receberem o diagnóstico de um TP, necessitavam ter a respectiva Parafilia.
- As fantasias mais frequentes foram Voyeurismo, Fetichismo, Frotteurismo, Exibicionismo e Masoquismo.
- As fantasias Pedofilia e Transvestismo foram raras, o mesmo ocorrendo com os correspondentes Parafilias e TP.
- A Parafilia Masoquismo foi mais frequente que a Parafilia Exibicionismo, ao contrário do que ocorreu com as respectivas fantasias.
- A fantasia Fetichismo é bem frequente, mas seu TP é raro.
- O TOC esteve associado a: Parafilia Voyeurismo, TP Voyeurista, Parafilia Exibicionismo, TP Exibicionista, Parafilia Frotteurismo, TP Frotteurista, Parafilia Sadismo, TP Fetichista, pelo menos uma Parafilia e pelo menos um TP.
- No modelo de regressão logística, o TOC foi associado a: pelo menos uma Parafilia, Parafilia Sadismo e TP Frotteurista.
- Os dados mostraram que o TOC subclínico esteve mais associado às fantasias parafilicas, enquanto que o TOC mais associado às Parafilias e aos TP. Assim, quanto mais intensos foram os sintomas Parafilicos, maior foi a tendência para sintomas de TOC, confirmando a hipótese de associação entre os quadros.
- Nas tabelas cruzadas, o TPOC foi associado a: Fantasia Voyeurismo, Parafilia Exibicionismo, TP Exibicionista, Parafilia Masoquismo, Fantasia Fetichismo, Parafilia Fetichismo, TP

Fetichista, pelo menos uma Fantasia Parafilica, pelo menos uma Parafilia e pelo menos um TP.

- No modelo de regressão logística, o TPOC foi associado a: TP Exibicionista e TP Masoquismo Sexual.

Devido a limitações metodológicas, os resultados obtidos nesta pesquisa são traços de associação entre Parafilias e/ou TP com TOC e/ou TPOC. Assim, o desenvolvimento de instrumentos padronizados e amostras maiores serão necessários para confirmar esses dados.

Anexo A

FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DO SUJEITO DA PESQUISA OU RESPONSÁVEL LEGAL

1. NOME:

DOCUMENTO DE IDENTIDADE Nº : SEXO: .M ☐ F ☐

DATA NASCIMENTO:/...../.....

ENDEREÇO Nº APTO:

BAIRRO: CIDADE

CEP:..... TELEFONE: DDD (.....)

2. RESPONSÁVEL LEGAL

NATUREZA (grau de parentesco, tutor, curador etc.)

DOCUMENTO DE IDENTIDADE :..... SEXO: M ☐ F ☐

DATA NASCIMENTO.:/...../.....

ENDEREÇO: Nº APTO:

BAIRRO: CIDADE:

CEP: TELEFONE: DDD (.....).....

Rubrica do pesquisador _____ Rubrica do participante _____

DADOS SOBRE A PESQUISA

1. TÍTULO DO PROTOCOLO DE PESQUISA: **Associação de Transtorno Obsessivo-compulsivo e/ou Transtorno de Personalidade Obsessivo-compulsiva com Parafilias e/ou Transtornos Parafílicos em mulheres detentas de uma penitenciária feminina do interior do Estado de São Paulo e em alunas de uma faculdade de medicina do interior do Estado de São Paulo.**

PESQUISADORA RESPONSÁVEL: **Profª Drª Carmita H. N. Abdo**

CARGO/FUNÇÃO: **Professora Associada do Departamento de Psiquiatria do IPq-HCFMUSP**

INSCRIÇÃO CONSELHO REGIONAL: **Nº 22.932**

UNIDADE DO HCFMUSP: **Programa de Estudos em Sexualidade (ProSex) do Instituto de Psiquiatria (IPq)**

PESQUISADOR EXECUTANTE: **Arnaldo Barbieri Filho**

CARGO/FUNÇÃO: **Psiquiatra em Ribeirão Preto e Professor de Psiquiatria da Faculdade de Medicina Barão de Mauá.**

INSCRIÇÃO CONSELHO REGIONAL: **Nº 60.513.**

UNIDADE DO HCFMUSP: **Programa de Estudos em Sexualidade Humana (Prosex) do Instituto de Psiquiatria (IPq).**

2. AVALIAÇÃO DO RISCO DA PESQUISA:

RISCO MÍNIMO () RISCO MÉDIO (x)

RISCO BAIXO () RISCO MAIOR ()

3. DURAÇÃO DA PESQUISA: **12 meses.**

Rubrica do pesquisador _____ Rubrica do participante _____

FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE):**

As informações contidas aqui foram fornecidas para mim pelo Dr. Arnaldo Barbieri Filho (filiado à Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo) para fazer um acordo por escrito no qual eu autorizo minha participação em uma pesquisa.

Fui informada sobre o que será feito e os riscos a que estou sujeita. Sei que sou livre para decidir se participarei ou não e não vou sofrer qualquer tipo de pressão. Portanto, minha participação é voluntária.

O título do trabalho é: "Associação de Transtorno Obsessivo-compulsivo e/ou Transtorno de Personalidade Obsessivo-compulsiva com Parafilias e/ou Transtornos Parafílicos em Mulheres Detentas de uma penitenciária feminina no interior do Estado de São Paulo e em alunas de uma Faculdade de Medicina do Interior do Estado de São Paulo".

O objetivo deste estudo é avaliar a presença de pensamentos, fantasias e comportamentos sexuais em mulheres e uma possível associação disso com um quadro chamado Transtorno Obsessivo-compulsivo (TOC) e com um tipo de personalidade chamada de Personalidade Obsessivo-compulsiva.

Serão selecionadas cerca de 193 mulheres internas da Penitenciária Feminina de Ribeirão Preto (SP). Poderão ser mulheres de diferentes idades, raças, estados civis, níveis socioeconômicos, graus de instrução, religiões, orientações sexuais ou condições de saúde física.

Serão também selecionadas cerca de 193 alunas de Medicina de diferentes idades, raças, estados civis, níveis socioeconômicos, graus de instrução, religiões, orientações sexuais ou condições de saúde física.

Minha participação nesse estudo se limita a responder 10 questionários que serão chamados de "anexos" e numerados de dois a doze. Eles contêm perguntas sobre fantasias sexuais, Transtorno Obsessivo-compulsivo e Personalidade Obsessivo-compulsiva. Haverá também mais um questionário que perguntará sobre minha idade, raça, nível socioeconômico, grau de instrução, estado civil, religião, orientação sexual e condições de saúde.

O pesquisador fará uma exposição explicando o que eu deverei fazer e distribuirá os questionários, os quais serão identificados apenas por números. Assim, eu preencheréi os questionários de forma anônima, em sigilo, havendo total garantia de que a minha identidade será preservada.

Rubrica do pesquisador _____ Rubrica do participante _____

Os questionários contêm perguntas com múltiplas respostas para serem assinaladas. Eu deverei, então, apenas marcar "X" na alternativa que julgar ser a mais adequada para mim. Sei que não existem respostas "certas" ou "erradas". O importante é a sinceridade de minhas respostas. Caso eu tenha alguma dúvida, sei que posso perguntar ao pesquisador que ele me responderá.

Ao terminar minhas respostas colocarei os questionários respondidos em uma caixa lacrada. Fui esclarecida de que, quando aberta a caixa e retirada a documentação, esta será numerada e cada participante identificada apenas por um número. Assim, o anonimato será garantido, nem o pesquisador podendo identificar qualquer participante.

Quando todas as mulheres selecionadas responderem os questionários, o trabalho do pesquisador na Penitenciária será terminado.

Fui informada de que todos os questionários serão recolhidos e analisados em conjunto por um especialista em estatística. Os questionários terão apenas um número de registro, sem nenhuma informação que possa me identificar.

Eu não terei que fazer nenhum exame de sangue, urina, de Raio-X ou qualquer outro. Apenas terei que responder os questionários.

As pessoas presas são sempre vulneráveis em pesquisas; portanto o pesquisador deve estar sempre atento para este fato e cuidar para não promover, em nenhum sentido, o agravamento dessas condições.

Como se trata de uma pesquisa que depende da minha resposta, o pesquisador conta com minha colaboração. O tempo de preenchimento dos questionários será de aproximadamente uma hora e meia, o que pode trazer um eventual desconforto. Mas, caso eu me sinta desconfortável durante a entrevista eu poderei interrompê-la sem qualquer prejuízo e retomar mais tarde ou em outro dia, a ser combinado com o pesquisador.

Eu não receberei benefícios por participar e também não terei qualquer gasto, ou seja, eu não terei despesas para serem ressarcidas nem compensação financeira relacionada à minha participação. Eu terei o direito a buscar indenização se houver algum problema relacionado aos procedimentos desta pesquisa.

Em qualquer etapa do estudo, eu poderei ter acesso aos profissionais responsáveis pela pesquisa para esclarecimento de eventuais dúvidas. O telefone do pesquisador executante, Dr. Arnaldo Barbieri Filho, é (16) 3913-4106, Av. Braz Olaia Acosta 727 sala 205, CEP: 14.026-040, Ribeirão Preto S.P.

Rubrica do pesquisador _____ Rubrica do participante _____

Sei que se eu tiver alguma consideração ou dúvida sobre a ética da pesquisa, poderei entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (CEP-FMUSP): Av.Dr. Arnaldo 251- Cerqueira César-São Paulo-SP- 21ºandar-sala 36- CEP:01246-000 Tel: (11) 3893-4401/4407. E-mail: cep.fm@usp.br.

A qualquer momento tenho o direito de me retirar da pesquisa.

Há total garantia de que o sigilo de minha identidade será preservado, que o preenchimento dos questionários será anônimo (eu não escreverei meu nome) e que responderei os questionários com privacidade.

Sei que eu tenho o direito garantido de ser mantida atualizada sobre os resultados parciais da pesquisa, caso os resultados sejam de conhecimento dos pesquisadores.

Rubrica do pesquisador _____ Rubrica do participante _____

FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO

Acredito ter sido suficientemente informada a respeito das informações que li ou que foram lidas para mim, descrevendo o estudo: "Associação de TOC e/ou Transtorno de Personalidade Obsessivo-compulsiva com Parafilias e/ou Transtornos Parafílicos em Mulheres Detentas de uma penitenciária feminina no interior do Estado de São Paulo e em Alunas de uma Faculdade de Medicina do Interior do Estado de São Paulo".

Eu discuti com o Dr. Arnaldo Barbieri Filho sobre a minha decisão em participar nesse estudo. Ficaram claros para mim quais são os propósitos do estudo, os procedimentos a serem realizados, seus desconfortos e riscos, as garantias de confidencialidade e de esclarecimentos permanentes. Ficou claro também que minha participação é isenta de despesas. Concordo voluntariamente em participar deste estudo e estou ciente de que poderei retirar o meu consentimento a qualquer momento, antes ou durante o mesmo, sem penalidades ou prejuízo.

Decidida a participar, sei que deverei assinar este termo de consentimento livre e esclarecido em duas vias, o qual já foi preenchido e assinado pelo pesquisador. Sei também que uma das vias ficará comigo.

_____ Data ____/____/____
Assinatura do(a) participante do estudo/representante legal

_____ Data ____/____/____
Assinatura da testemunha
para casos de pacientes menores de 18 anos, analfabetos, semi-analfabetos ou portadores de deficiência auditiva ou visual.

(Somente para o responsável do projeto)

Declaro que obtive de forma apropriada e voluntária o Consentimento Livre e Esclarecido desta participante do estudo ou representante legal para a participação neste estudo.

_____ Data ____/____/____
Assinatura do responsável pelo estudo

Rubrica do pesquisador _____ Rubrica do participante _____

Anexo B

(VOYEURISMO e TRANSTORNO VOYEURISTA)

- 1- Para ficar sexualmente excitada você atualmente observa ou já observou pessoas nuas, tirando a roupa ou fazendo sexo sem elas saberem que estavam sendo observadas? Pelo menos em pensamento, você já se excitou com essa situação?
 - a: Nunca ()
 - b: Poucas vezes ()
 - c: Às vezes ()
 - d: Muitas vezes ()
 - e: Sempre ()
- 2- Isto aconteceu ou vem acontecendo por pelo menos seis meses de sua vida?
 - () Sim
 - () Não
- 3- Sua excitação se manifesta por **pensamentos** sexuais intensos e repetitivos em ficar olhando essas pessoas, por **interesse forte** repetitivo em ficar olhando ou por **comportamentos** repetitivos onde você fica mesmo olhando essas pessoas?
Pode marcar mais de uma alternativa.
 - a: Pensamentos intensos e repetitivos de olhar essas pessoas ()
 - b: Interesse forte e repetitivo em olhar essas pessoas ()
 - c: Comportamentos (atitudes) repetitivos de olhar essas pessoas ()
 - d: Nem pensamentos intensos e repetitivos, nem interesse forte repetitivo nem comportamentos repetitivos de olhar essas pessoas ()
- 4- Você realizou esses comportamentos (de ficar olhando pessoas nuas, tirando a roupa ou fazendo sexo) sem que essas pessoas permitissem?
 - a: Nunca ()
 - b: Poucas vezes ()
 - c: Às vezes ()
 - d: Muitas vezes ()
 - e: Sempre ()
- 5- Você sentiu desconforto, incômodo, remorso ou vergonha por essas situações ou de alguma forma essas situações causaram prejuízos para você?
 - a: Nunca ()
 - b: Poucas vezes ()
 - c: Às vezes ()
 - d: Muitas vezes ()
 - e: Sempre ()

Anexo C

(EXIBICIONISMO e TRANSTORNO EXIBICIONISTA)

- 1- Para ficar sexualmente excitada você atualmente procura ou já procurou expor suas partes íntimas a pessoas que não estavam esperando por isso? Pelo menos em pensamento, você já se excitou com essa situação?
 - a: Nunca ()
 - b: Poucas vezes ()
 - c: Às vezes ()
 - d: Muitas vezes ()
 - e: Sempre ()

- 2- Isto aconteceu ou vem acontecendo por pelo menos seis meses de sua vida?
 - () Sim
 - () Não

- 3- Sua excitação se manifesta por **pensamentos** sexuais intensos e repetitivos em ficar expondo suas partes íntimas a essas pessoas, por **interesse forte** repetitivo em expor suas partes íntimas ou por **comportamentos** repetitivos onde você fica mesmo expondo suas partes íntimas a essas pessoas?
Pode marcar mais de uma alternativa.
 - a: Pensamentos intensos e repetitivos de expor suas partes íntimas a essas pessoas ()
 - b: Interesse forte e repetitivo em expor suas partes íntimas a essas pessoas ()
 - c: Comportamentos (atitudes) repetitivos de expor suas partes íntimas ()
 - d: Nem pensamentos intensos e repetitivos , nem interesse forte repetitivo nem comportamentos repetitivos de expor suas partes íntimas ()

- 4- Você realizou esses comportamentos (de expor suas partes íntimas) sem que essas pessoas permitissem?
 - a: Nunca ()
 - b: Poucas vezes ()
 - c: Às vezes ()
 - d: Muitas vezes ()
 - e: Sempre ()

- 5- Você sentiu desconforto, incômodo, remorso ou vergonha por essas situações ou de alguma forma essas situações causaram prejuízos para você?
 - a: Nunca ()
 - b: Poucas vezes ()
 - c: Às vezes ()
 - d: Muitas vezes ()
 - e: Sempre ()

Anexo D

(FROTTEURISMO e TRANSTORNO FROTTEURISTA)

- 1- Para ficar sexualmente excitada você atualmente procura ou já procurou tocar ou se esfregar em pessoas que não estavam esperando por isso? Pelo menos em pensamento, você já se excitou com essa situação?
 - a: Nunca ()
 - b: Poucas vezes ()
 - c: Às vezes ()
 - d: Muitas vezes ()
 - e: Sempre ()
- 2- Isto aconteceu ou vem acontecendo por pelo menos seis meses de sua vida?
 - () Sim
 - () Não
- 3- Sua excitação se manifesta por **pensamentos** sexuais intensos e repetitivos em ficar tocando ou se esfregando nessas pessoas, por **interesse forte** repetitivo em tocar ou se esfregar nessas pessoas ou por **comportamentos** repetitivos onde você fica mesmo tocando ou se esfregando nessas pessoas?
Pode marcar mais de uma alternativa.
 - a: Pensamentos intensos e repetitivos de tocar ou se esfregar nessas pessoas ()
 - b: Interesse forte repetitivo em tocar ou se esfregar nessas pessoas ()
 - c: Comportamentos (atitudes) repetitivos de tocar ou se esfregar nessas pessoas ()
 - d: Nem pensamentos intensos e repetitivos, nem interesse forte repetitivo nem comportamentos repetitivos de tocar ou se esfregar ()
- 4- Você realizou esses comportamentos (de tocar ou se esfregar) sem que essas pessoas permitissem?
 - a: Nunca ()
 - b: Poucas vezes ()
 - c: Às vezes ()
 - d: Muitas vezes ()
 - e: Sempre ()
- 5- Você sentiu desconforto, incômodo, remorso ou vergonha por essas situações ou de alguma forma essas situações causaram prejuízos para você?
 - a: Nunca ()
 - b: Poucas vezes ()
 - c: Às vezes ()
 - d: Muitas vezes ()
 - e: Sempre ()

Anexo E

(MASOQUISMO SEXUAL e TRANSTORNO DO MASOQUISMO SEXUAL)

- 1- Para ficar sexualmente excitada você atualmente procura ou já procurou ser humilhada, espancada, amarrada ou ser vítima de qualquer outro tipo de sofrimento? Pelo menos em pensamento, você já se excitou com essa situação?
 - a: Nunca ()
 - b: Poucas vezes ()
 - c: Às vezes ()
 - d: Muitas vezes ()
 - e: Sempre ()
- 2- Isto aconteceu ou vem acontecendo por pelo menos seis meses de sua vida?
 - () Sim
 - () Não
- 3- Sua excitação se manifesta por **pensamentos** sexuais intensos e repetitivos em ser humilhada, espancada, amarrada ou ser vítima de qualquer outro tipo de sofrimento, por **interesse forte** repetitivo em ser humilhada, espancada, amarrada ou ser vítima de qualquer outro tipo de sofrimento ou por **comportamentos** repetitivos onde você é mesmo humilhada, espancada, amarrada ou é vítima de qualquer outro tipo de sofrimento?
Pode marcar mais de uma alternativa.
 - a: Pensamentos intensos e repetitivos de ser humilhada, espancada, amarrada ou ser vítima de qualquer outro tipo de sofrimento ()
 - b: Interesse forte e repetitivo em ser humilhada, espancada, amarrada ou ser vítima de qualquer outro tipo de sofrimento ()
 - c: Comportamentos (atitudes) repetitivos de ser humilhada, espancada, amarrada ou ser vítima de qualquer outro tipo de sofrimento ()
 - d: Nem pensamentos intensos e repetitivos, nem interesse forte repetitivo nem comportamentos repetitivos de ser humilhada, espancada, amarrada ou ser vítima de qualquer outro tipo de sofrimento ()
- 4- Aqui não há pergunta porque é subentendido que quem recebe o sofrimento é a própria pessoa e, portanto, uma outra pessoa não tem que consentir.
- 5- Você sentiu desconforto, incômodo, remorso ou vergonha por essas situações ou de alguma forma essas situações causaram prejuízos para você?
 - a: Nunca ()
 - b: Poucas vezes ()
 - c: Às vezes ()
 - d: Muitas vezes ()
 - e: Sempre ()

Anexo F

(SADISMO SEXUAL e TRANSTORNO DO SADISMO SEXUAL)

- 1- Para ficar sexualmente excitada você atualmente procura ou já procurou humilhar, espancar, amarrar ou vitimizar de qualquer outro modo, com sofrimento físico ou emocional outra pessoa? Pelo menos em pensamento, você já se excitou com essa situação?
 - a: Nunca ()
 - b: Poucas vezes ()
 - c: Às vezes ()
 - d: Muitas vezes ()
 - e: Sempre ()
- 2- Isto aconteceu ou vem acontecendo por pelo menos seis meses de sua vida?
 - () Sim
 - () Não
- 3- Sua excitação se manifesta por **pensamentos** sexuais intensos e repetitivos em humilhar, espancar, amarrar pessoas ou fazer com que elas tenham qualquer outro tipo de sofrimento, por **interesse forte** repetitivo em humilhar, espancar, amarrar pessoas ou fazer com que elas tenham qualquer outro tipo de sofrimento ou por **comportamentos** repetitivos onde realmente você humilha, espanca, amarra pessoas ou faz com que elas tenham qualquer outro tipo de sofrimento ?
Pode marcar mais de uma alternativa.
 - a: Pensamentos intensos e repetitivos de humilhar, espancar, amarrar pessoas ou fazer com que elas tenham qualquer outro tipo de sofrimento ()
 - b: Interesse forte e repetitivo em humilhar, espancar, amarrar pessoas ou fazer com que elas tenham qualquer outro tipo de sofrimento ()
 - c: Comportamentos (atitudes) repetitivos de humilhar, espancar, amarrar pessoas ou fazer com que elas tenham qualquer outro tipo de sofrimento ()
 - d: Nem pensamentos intensos e repetitivos, nem interesse forte repetitivo nem comportamentos repetitivos de humilhar, espancar, amarrar pessoas ou fazer com que elas tenham qualquer outro tipo de sofrimento ()
- 4- Você realizou esses comportamentos (de humilhar, espancar, amarrar pessoas ou fazer com que elas tenham qualquer outro tipo de sofrimento) sem que essas pessoas permitissem?
 - a: Nunca ()
 - b: Poucas vezes ()
 - c: Às vezes ()
 - d: Muitas vezes ()
 - e: Sempre ()
- 5- Você sentiu desconforto, incômodo, remorso ou vergonha por essas situações ou de alguma forma essas situações causaram prejuízos para você?
 - a: Nunca ()
 - b: Poucas vezes ()
 - c: Às vezes ()
 - d: Muitas vezes ()
 - e: Sempre ()

Anexo G

(PEDOFILIA e TRANSTORNO PEDOFÍLICO)

- 1- Para ficar sexualmente excitada você atualmente procura ou já procurou se envolver em atividade sexual com criança ou crianças com 13 anos ou menos de idade? Pelo menos em pensamento, você já se excitou com essa situação?

Observação: Você deve considerar que a resposta é sim, se a diferença de idade entre você e a criança for de pelo menos cinco anos.

- a: Nunca ()
- b: Poucas vezes ()
- c: Às vezes ()
- d: Muitas vezes ()
- e: Sempre ()

- 2- Isto aconteceu ou vem acontecendo por pelo menos seis meses de sua vida?

- () Sim
- () Não

- 3- Sua excitação se manifesta por **pensamentos** sexuais intensos e repetitivos em se envolver em atividade sexual com criança ou crianças com 13 anos ou menos, por **interesse forte** repetitivo em se envolver em atividade sexual com criança ou crianças com 13 anos ou menos ou por **comportamentos** repetitivos onde realmente você se envolve em atividade sexual com criança ou crianças com 13 anos ou menos?

Pode marcar mais de uma alternativa.

- a: Pensamentos intensos e repetitivos de se envolver em atividade sexual com criança ou crianças com 13 anos ou menos ()
- b: Interesse forte e repetitivo em se envolver em atividade sexual com criança ou crianças com 13 anos ou menos ()
- c: Comportamentos (atitudes) repetitivos de se envolver em atividade sexual com criança ou crianças com 13 anos ou menos ()
- d: Nem pensamentos intensos e repetitivos, nem interesse forte repetitivo nem comportamentos repetitivos de se envolver em atividade sexual com criança ou crianças com 13 anos ou menos ()

- 4- Você realizou esses comportamentos (de se envolver em atividade sexual com criança ou crianças com 13 anos ou menos).

- a: Nunca ()
- b: Poucas vezes ()
- c: Às vezes ()
- d: Muitas vezes ()
- e: Sempre ()

- 5- Você sentiu desconforto, incômodo, remorso ou vergonha por essas situações ou de alguma forma essas situações causaram prejuízos para você?

- a: Nunca ()
- b: Poucas vezes ()
- c: Às vezes ()
- d: Muitas vezes ()
- e: Sempre ()

Anexo H

(FETICHISMO e TRANSTORNO FETICHISTA)

- 1- Para ficar sexualmente excitada você atualmente procura ou já procurou, pelo menos em pensamentos, o uso de objetos (por exemplo: sapatos, homem com roupa de militar) ou um foco muito específico em uma ou mais de uma parte não íntima do corpo (por exemplo: os pés, uma mecha de cabelo)?
 - a: Nunca ()
 - b: Poucas vezes ()
 - c: Às vezes ()
 - d: Muitas vezes ()
 - e: Sempre ()
- 2- Isto aconteceu ou vem acontecendo por pelo menos seis meses de sua vida?
 - () Sim
 - () Não
- 3- Sua excitação se manifesta por **pensamentos** sexuais intensos e repetitivos no uso de objetos inanimados (por exemplo: sapatos, homem com roupa de militar) ou num foco muito específico em uma ou mais de uma parte não íntima do corpo (por exemplo: os pés, uma mecha no cabelo), por **interesse forte** repetitivo no uso de objetos inanimados (por exemplo: sapatos, homem com roupa de militar) ou num foco muito específico em uma ou mais de uma parte não íntima do corpo (por exemplo: os pés, uma mecha no cabelo) ou por **comportamentos** repetitivos onde você realiza fantasias com esses fetiches?

Pode marcar mais de uma alternativa.

 - a: Pensamentos intensos e repetitivos no uso de objetos inanimados (por exemplo: sapatos, homem com roupa de militar) ou num foco muito específico em uma ou mais de uma parte não íntima do corpo (por exemplo: os pés, uma mecha no cabelo) ()
 - b: Interesse forte e repetitivo no uso de objetos inanimados (por exemplo: sapatos, homem com roupa de militar) ou num foco muito específico em uma ou mais de uma parte não íntima do corpo (por exemplo: os pés, uma mecha no cabelo) ()
 - c: Comportamentos (atitudes) repetitivos onde você realiza fantasias com esses fetiches ()
 - d: Nem pensamentos intensos e repetitivos, nem interesse forte repetitivo nem comportamentos repetitivos com relação a esses fetiches ()
- 4- Aqui não há pergunta porque é subentendido que quem tem o fetiche é a própria pessoa e, portanto, uma outra pessoa não tem que consentir.
- 5- Você sentiu desconforto, incômodo, remorso ou vergonha por essas situações ou de alguma forma essas situações causaram prejuízos para você?
 - a: Nunca ()
 - b: Poucas vezes ()
 - c: Às vezes ()
 - d: Muitas vezes ()
 - e: Sempre ()

Anexo I

(TRANSVESTISMO e TRANSTORNO TRANSVÉSTICO)

- 1- Para ficar sexualmente excitada você atualmente procura ou já procurou, pelo menos em pensamento, se vestir como o sexo oposto (quando você coloca roupas de homem)?
 - a: Nunca ()
 - b: Poucas vezes ()
 - c: Às vezes ()
 - d: Muitas vezes ()
 - e: Sempre ()
- 2- Isto aconteceu ou vem acontecendo por pelo menos seis meses de sua vida?
 - () Sim
 - () Não
- 3- Sua excitação se manifesta por **pensamentos** sexuais intensos e repetitivos em se vestir como o sexo oposto (com roupas de homem), por **interesse forte** repetitivo em se vestir como o sexo oposto (com roupas de homem) ou por **comportamentos** repetitivos onde realmente se veste como o sexo oposto (com roupas de homem)?
Pode marcar mais de uma alternativa.
 - a: Pensamentos intensos e repetitivos em se vestir como o sexo oposto (com roupas de homem). ()
 - b: Interesse forte repetitivo em se vestir como o sexo oposto (com roupas de homem). ()
 - c: Comportamentos (atitudes) repetitivos em se vestir como o sexo oposto (com roupas de homem). ()
 - d: Nem pensamentos intensos e repetitivos, nem interesse forte repetitivo nem comportamentos repetitivos de vestir-se como o sexo oposto (com roupas de homem). ()
- 4- Aqui não há pergunta porque é subentendido que quem quer se vestir com a roupa do sexo oposto é a própria pessoa e, portanto, uma outra pessoa não tem que consentir.
- 5- Você sentiu desconforto, incômodo, remorso ou vergonha por essas situações ou de alguma forma essas situações causaram prejuízos para você?
 - a: Nunca ()
 - b: Poucas vezes ()
 - c: Às vezes ()
 - d: Muitas vezes ()
 - e: Sempre ()

Anexo J

(TRANSTORNO DE PERSONALIDADE OBSESSIVO-COMPULSIVA)

- 1- Você é tão preocupada com detalhes, regras, listas, ordem, organização ou horários que você chega a perder o objetivo principal da atividade que está fazendo (por exemplo: fica tão preocupada em comer na hora certa que nem liga que sua família vai chegar mais tarde)?
a: Sim ()
b: Não ()
- 2- Você quer fazer as coisas com muita perfeição e isto interfere na conclusão do que você está fazendo (por exemplo, você não consegue completar um trabalho porque é tão exigente com os resultados que nunca fica do jeito que você quer)?
a: Sim ()
b: Não ()
- 3- Você é tão dedicada ao trabalho e a ganhar dinheiro que acaba prejudicando suas atividades de lazer e se afastando dos seus amigos?
a: Sim ()
b: Não ()
- 3a) Essa dedicação intensa ao trabalho ocorre ou ocorreu apenas quando você estava passando dificuldade financeira?
a: Sim ()
b: Não ()
- 4- Você é cheia de escrúpulos e inflexível quanto a assuntos de moralidade, ética ou valores, ou seja, você é moralista demais e tudo tem que ser dentro das regras?
a: Sim ()
b: Não ()
- 5- Você é incapaz de jogar fora objetos usados ou sem valor mesmo quando não têm valor sentimental?
a: Sim ()
b: Não ()
- 6- Você tem dificuldades de passar tarefas ou trabalhar com outras pessoas a menos que elas façam as coisas do jeitinho que você quer?
a: Sim ()
b: Não ()
- 7- Você adota um estilo muito pão duro de gastar dinheiro em relação a você mesma e a outras pessoas; você vê o dinheiro como uma coisa que deve a ser guardada para problemas graves no futuro?
a: Sim ()
b: Não ()
- 8- Você é muito rígida e teimosa?
a: Sim ()
b: Não ()

Anexo K

(Escala Y-BOCS)

OBSESSÕES

1. TEMPO OCUPADO POR PENSAMENTOS OBSESSIVOS (OU OBSESSÕES)

Pergunta: Quanto de seu tempo é ocupado por pensamentos obsessivos?

0. **Nenhum**
1. **Leve:** menos de uma hora por dia ou intrusões (invasões de sua mente) ocasionais
2. **Moderado:** uma a três horas por dia ou intrusões frequentes
3. **Grave:** mais de três horas (até oito horas) por dia ou intrusões muito freqüentes
4. **Muito grave:** mais de oito horas por dia ou intrusões quase constantes

2. INTERFERÊNCIA GERADA PELOS PENSAMENTOS OBSESSIVOS

Pergunta: Até que ponto seus pensamentos obsessivos interferem com sua vida social ou profissional?

0. **Nenhuma interferência**
1. **Leve:** leve interferência nas atividades sociais ou ocupacionais, mas o desempenho global não está comprometido
2. **Moderado:** clara interferência no desempenho social ou ocupacional, mas conseguindo ainda desempenhar tarefas
3. **Grave:** provoca comprometimento considerável no desempenho social ou ocupacional
4. **Muito grave:** incapacitante

3. SOFRIMENTO RELACIONADO AOS PENSAMENTOS OBSESSIVOS

Pergunta: Até que ponto os seus pensamentos obsessivos lhe perturbam ou provocam mal-estar?

0. **Nenhuma perturbação**
1. **Leve:** pouco perturbador
2. **Moderado:** perturbador, mas ainda controlável
3. **Grave:** muito perturbador
4. **Muito grave:** mal-estar quase constante e incapacitante

4. RESISTÊNCIA ÀS OBSESSÕES

Pergunta: Até que ponto você se esforça para resistir aos pensamentos obsessivos? Com que frequência tenta não ligar para eles ou distrair a atenção quando eles entram na sua mente?

0. **Sempre faz esforço para resistir**, ou tem sintomas mínimos que não necessitam de resistência ativa
1. **Tenta resistir na maior parte das vezes**
2. **Faz algum esforço para resistir**
3. **Cede a todas as obsessões sem tentar controlá-las, ainda que faça algum esforço para afastá-las**
4. **Cede completamente a todas as obsessões, de modo voluntário**

5. GRAU DE CONTROLE SOBRE OS PENSAMENTOS OBSESSIVOS

Pergunta: Até que ponto você consegue controlar seus pensamentos obsessivos? É habitualmente bem-sucedida quando tenta afastar a atenção dos pensamentos obsessivos ou interrompê-los? Consegue afastá-los?

0. **Controle total**
1. **Bom controle:** habitualmente capaz de interromper ou afastar as obsessões com algum esforço e concentração
2. **Controle moderado:** algumas vezes é capaz de interromper ou afastar as obsessões
3. **Controle leve:** raramente bem-sucedida; quando tenta interromper ou afastar as obsessões, consegue somente desviar a atenção com dificuldade
4. **Nenhum controle:** as obsessões são experimentadas como completamente involuntárias; raras vezes você é capaz, mesmo que de forma momentânea, de alterar seus pensamentos obsessivos

COMPULSÕES (RITUAIS)

6. TEMPO GASTO COM COMPORTAMENTOS COMPULSIVOS (COMPULSÕES OU RITUAIS)

Pergunta: Quanto tempo você gasta executando rituais? Se compararmos com o tempo habitual que a maioria das pessoas necessita, quanto tempo a mais você usa para realizar atividades rotineiras, devido aos seus rituais?

0. **Nenhum**

1. **Leve:** passa menos de uma hora por dia realizando compulsões, ou ocorrência ocasional de comportamentos compulsivos
2. **Moderado:** passa de uma a três horas por dia realizando compulsões, ou execução frequente de comportamentos compulsivos
3. **Grave:** passa de três a oito horas por dia realizando compulsões, ou execução muito frequente de comportamentos compulsivos
4. **Muito grave:** passa mais de oito horas por dia realizando compulsões, ou execução quase constante de comportamentos compulsivos muito numerosos para contar

7. INTERFERÊNCIA PROVOCADA PELOS COMPORTAMENTOS COMPULSIVOS

Pergunta: Até que ponto suas compulsões interferem em sua vida social ou em suas atividades profissionais? Existe alguma atividade que você deixa de fazer em razão das compulsões?

0. **Nenhuma interferência**

1. **Leve:** leve interferência nas atividades sociais ou ocupacionais, mas o desempenho global não está comprometido
2. **Moderada:** clara interferência no desempenho social ou ocupacional, mas ainda consegue desempenhar
3. **Grave:** comprometimento considerável do desempenho social ou ocupacional
4. **Muito grave:** incapacitante

8. DESCONFORTO RELACIONADO AO COMPORTAMENTO COMPULSIVO

Pergunta: Como você se sentiria se fosse impedida de realizar suas compulsões? Até que ponto ficaria ansiosa?

0. **Nenhum desconforto**

1. **Leve:** ligeiramente ansiosa se as compulsões fossem interrompidas, ou ligeiramente ansiosa durante a sua execução.
2. **Moderado:** a ansiedade subiria para um nível controlável se as compulsões fossem interrompidas, ou ansiosa durante a sua execução
3. **Grave:** aumento acentuado e muito perturbador da ansiedade se as compulsões fossem interrompidas, ou aumento acentuado e muito perturbador durante a sua execução
4. **Muito grave:** ansiedade incapacitante com qualquer intervenção que possa modificar as compulsões, ou ansiedade incapacitante durante a execução das compulsões

9. RESISTÊNCIA ÀS COMPULSÕES

Pergunta: Até que ponto você se esforça para resistir às compulsões?

0. **Sempre faz esforço para resistir, ou tem sintomas mínimos que não necessitam de resistência ativa**
1. **Tenta resistir na maior parte das vezes**
2. **Faz algum esforço para resistir**
3. **Cede a quase todas as compulsões sem tentar controlá-las, ainda que faça com alguma relutância**
4. **Cede completamente a todas as compulsões de modo voluntário**

10. GRAU DE CONTROLE SOBRE AS COMPULSÕES

Pergunta: Com que pressão você se sente obrigada a executar as compulsões? Até que ponto consegue controlá-las?

0. **controle total**
1. **Bom controle:** sente-se pressionada a executar as compulsões, mas tem algum controle voluntário
2. **Controle moderado:** sente-se fortemente pressionada a executar as compulsões e somente consegue controlá-las com dificuldade
3. **Controle leve:** pressão forte para executar as compulsões; o comportamento compulsivo tem de ser executado até o fim, e somente com dificuldade consegue retardar a realização das compulsões
4. **Nenhum controle:** sente-se completamente dominada pela pressão para executar as compulsões; tal pressão é sentida como fora do controle voluntário. Raramente se sente capaz de retardar a execução de compulsões

Obsessões: _____

Compulsões: _____

Escore total: _____

Anexo L

(COLETA DE DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS)

1- Número:

2- Idade: _____ anos.

3- Raça:

- ☐ Branca
- ☐ Preta
- ☐ Parda
- ☐ Amarela (japonesa, chinesa e outras)
- ☐ Indígena
- ☐ Não declarada
- ☐ Outras

4- Nível socioeconômico:

- ☐ Poucas condições financeiras
- ☐ Médias condições financeiras
- ☐ Boas condições financeiras

5- Grau de Instrução:

- ☐ Analfabeta
- ☐ Primeiro grau incompleto
- ☐ Primeiro grau completo
- ☐ Segundo grau incompleto
- ☐ Segundo grau completo
- ☐ Superior incompleto
- ☐ Superior completo

6- Situação Conjugal:

- ☐ Solteira
- ☐ União estável
- ☐ Casada
- ☐ Separada
- ☐ Viúva

7- Religião:

- ☐ Não tem
- ☐ Católica
- ☐ Evangélica
- ☐ Espírita
- ☐ Outra. Qual? _____

8- Orientação Sexual:

- ☐ Heterossexual
- ☐ Homossexual
- ☐ Bissexual

9- Condição de Saúde Física:

- ☐ Boa
- ☐ Pequenos problemas de saúde
- ☐ Ruim
- ☐ Péssima

10. Referências Bibliográficas

Abdin E, Koh KG, Subramaniam M, Guo ME, Leo T, Teo C, Tan EE, Chong SA. Validity of the Personality Diagnostic Questionnaire-4 (PDQ-4+) among mentally ill prison inmates in Singapore. *J Pers Disord*. 2011;25(6):834-41.

Abdo CH, Hounie A, de Tubino Scanavino M, Miguel EC. OCD and transvestism: is there a relationship? *Acta Psychiatr Scand*. 2001;103(6):471-3; discussion 473.

Abdo CHN. *Sexualidade humana e seus transtornos*. 4a ed. São Paulo: Casa Leitura Médica; 2012.

Abouesh A, Clayton A. Compulsive voyeurism and exhibitionism: a clinical response to paroxetine. *Arch Sex Behav*. 1999;28(1):23-30.

Aggrawal A. *Forensic and medico-legal aspects of sexual crimes and unusual sexual practices*. Boca Raton: CRC Press; 2009.

Ahlers CJ, Schaefer GA, Mundt IA, Roll S, Englert H, Willich SN, Beier KM. How unusual are the contents of paraphilias? Paraphilia-associated sexual arousal patterns in a community-based sample of men. *J Sex Med*. 2011;8(5):1362-70.

Alanko K, Gunst A, Mokros A, Santtila P. Genetic variants associated with male pedophilic sexual interest. *J Sex Med*. 2016;13(5):835-42.

Allen AJ, Leonard HL, Swedo SE. Case study: a new infection-triggered, autoimmune subtype of pediatric OCD and Tourette's syndrome. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 1995;34(3):307-11.

Alvarez WA, Freinhar JP. A prevalence study of bestiality (zoophilia) in psychiatric in-patients, medical in-patients, and psychiatric staff. *Int J Psychosom*. 1991;38(1-4):45-7.

American Psychiatric Association (APA). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders-Fourth Edition*. Washington, DC: American Psychiatric Association; 1994.

American Psychiatric Association (APA). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders-DSM-5*. Arlington, VA: American Psychiatric Association; 2013.

American Psychiatric Association (APA). *Manual Diagnóstico e Estatístico de Doenças Mentais*. 5a Ed. Tradução: Maria Inês Corrêa Nascimento et al.; revisão técnica: Aristides Volpato Cordioli et al. Porto Alegre: Artmed; 2014.

Antinucci G. Beating phantasies: Mourned and unmourned. *Int J Psychoanal*. 2016;97(3):615-39.

Anupama M, Gangadhar KH, Shetty VB, Dip PB. Transvestism as a symptom: a case series. *Indian J Psychol Med.* 2016;38(1):78-80.

Arroyo JM, Ortega E. Personality disorders amongst inmates as a distorting factor in the prison social climate. *Rev Esp Sanid Penit.* 2009;11(1):3-7.

Asbahr FR, Lotufo Neto F, Turecki GX, Del Porto JA, Rodríguez LR, Baruzzi M, Lima MA, Gentil V. Escalas de avaliação de transtorno obsessivo-compulsivo em adultos. In: Gorenstein C, Andrade LH, Zuardi AW. (Orgs.). *Escalas de avaliação clínica em psiquiatria e psicofarmacologia*. São Paulo: Lemos-Editorial, 2000, p. 174-9.

Bailey JM, Bernhard PA, Hsu KJ. An Internet study of men sexually attracted to children: Correlates of sexual offending against children. *J Abnorm Psychol.* 2016;125(7):989-1000.

Bak RC. The phallic woman: *The ubiquitous fantasy in perversions*. *Psychoanal Study Child.* 1968;23:15-36.

Baker AW, Duncan SP. Child sexual abuse: a study of prevalence in Great Britain. *Child Abuse Negl.* 1985;9(4):457-67.

Baltieri DA, Andrade AG. Comparing serial and nonserial sexual offenders: alcohol and street drug consumption, impulsiveness and history of sexual abuse. *Rev Bras Psiquiatr.* 2008;30(1):25-31.

Baltieri DA, Boer DP. Two clusters of child molesters based on impulsiveness. *Rev Bras Psiquiatr.* 2015;37(2):139-45.

Baltieri DA, Luísa de Souza Gatti A, Henrique de Oliveira V, Junqueira Aguiar AS, Almeida de Souza Aranha e Silva R. A validation study of the Brazilian version of the pornography consumption inventory (PCI) in a sample of female university students. *J Forensic Leg Med.* 2016;38:81-6.

Balyk ED. Paraphilias as a sub type of obsessive-compulsive disorder: a hypothetical bio-social model. *J Orthomol Med.* 1997;12(1):29-42.

Bancroft J. *Human sexuality and its problems*. 3rd ed. Edinburgh: Churchill Livingstone; 2006.

Beech AR, Mitchell IJ. A neurobiological perspective on attachment problems in sexual offenders and the role of selective serotonin re-uptake inhibitors in the treatment of such problems. *Clin Psychol Rev.* 2005;25(2):153-82.

Bejerot S, Edman G, Anckarsäter H, Berglund G, Gillberg C, Hofvander B, Humble MB, Mörtberg E, Råstam M, Ståhlberg O, Frisén L. The Brief Obsessive-Compulsive Scale (BOCS): a self-report scale for OCD and

obsessive-compulsive related disorders. *Nord J Psychiatry*. 2014;68(8):549-59.

Berner W, Briken P. Pleasure seeking and the aspect of longing for an object in perversion. A neuropsychanalytical perspective. *Am J Psychother*. 2012;66(2):129-50.

Berryessa CM. Potential implications of research on genetic or heritable contributions to pedophilia for the objectives of criminal law. *Recent Adv DNA Gene Seq*. 2014;8(2):65-77.

Black DW, Kehrberg LL, Flumerfelt DL, Schlosser SS. Characteristics of 36 subjects reporting compulsive sexual behavior. *Am J Psychiatry*. 1997;154(2):243-9.

Blum K, Braverman ER, Holder JM, Lubar JF, Monastra VJ, Miller D, Lubar JO, Chen TJ, Comings DE. Reward deficiency syndrome: a biogenetic model for the diagnosis and treatment of impulsive, addictive, and compulsive behaviors. *J Psychoactive Drugs*. 2000;32(Suppl:i-iv):1-112.

Bogaerts S, Daalder A, Vanheule S, Desmet M, Leeuw F. Personality disorders in a sample of paraphilic and nonparaphilic child molesters: a comparative study. *Int J Offender Ther Comp Criminol*. 2008;52(1):21-30.

Bolfarine H, Bussab WO. *Elementos de amostragem*. São Paulo: Edgard Blücher; 2005.

Bowlby J. John Bowlby and ethology: an annotated interview with Robert Hinde. *Attach Hum Dev*. 2007;9(4):321-35.

Bradford JM, Boulet J, Pawlak A. The paraphilias: a multiplicity of deviant behaviours. *Can J Psychiatry*. 1992;37(2):104-8.

Bradford JM. The paraphilias, obsessive compulsive spectrum disorder, and the treatment of sexually deviant behaviour. *Psychiatr Q*. 1999;70(3):209-19.

Bradford JM. The neurobiology, neuropharmacology, and pharmacological treatment of the paraphilias and compulsive sexual behaviour. *Can J Psychiatry*. 2001;46(1):26-34.

Breslow N, Evans L, Langley J. On the prevalence and roles of females in the sadomasochistic subculture: report of an empirical study. *Arch Sex Behav*. 1985;14(4):303-17.

Briken P, Hill A, Berner W. Pharmacotherapy of paraphilias with long-acting agonists of luteinizing hormone-releasing hormone: a systematic review. *J Clin Psychiatry*. 2003;64(8):890-7.

- Briken P, Müller JL, Berner W, Bödeker RH, Vollmann J, Kasperk C, Koller M. Failure of a study in forensic psychiatric hospitals : Clinical trial to investigate the additive effect of triptorelin on the efficacy of psychotherapy. *Nervenarzt*. 2017;88(5):480-485.
- Burns JM, Swerdlow RH. Right orbitofrontal tumor with pedophilia symptom and constructional apraxia sign. *Arch Neurol*. 2003;60(3):437-40.
- Butz C, Spaccarelli S. Use of physical force as an offense characteristic in subtyping juvenile sexual offenders. *Sex Abuse*. 1999;11(3):217-32.
- Calvo N, Nasillo V, Ferrer M, Valero S, Perez-Conill Rde S, Rovira-Machordom M, Molina-Fernandez M, Casas M. Study of prevalence of Personality Disorders in inmate men sample with Substance Use Disorders using of PDQ-4+ Self-Report. *Actas Esp Psiquiatr*. 2016;44(5):178-82.
- Campbell BC, Gray PB, Eisenberg DT, Ellison P, Sorenson MD. Androgen receptor CAG repeats and body composition among Ariaal men. *Int J Androl*. 2009;32(2):140-8.
- Cantor JM, Kuban ME, Blak T, Klassen PE, Dickey R, Blanchard R. Physical height in pedophilic and hebephilic sexual offenders. *Sex Abuse*. 2007;19(4):395-407.
- Cantor JM, Kabani N, Christensen BK, Zipursky RB, Barbaree HE, Dickey R, Klassen PE, Mikulis DJ, Kuban ME, Blak T, Richards BA, Hanratty MK, Blanchard R. Cerebral white matter deficiencies in pedophilic men. *J Psychiatr Res*. 2008;42(3):167-83.
- Casanova MF, Mannheim G, Kruesi M. Hippocampal pathology in two mentally ill paraphiliacs. *Psychiatry Res*. 2002;115(1-2):79-89.
- 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;25(1):66-78.
- Chan HC, Beauregard E. Non-homicidal and homicidal sexual offenders: prevalence of maladaptive personality traits and paraphilic behaviors. *J Interpers Violence*. 2016;31(13):2259-90.
- Cheng D, Hong CJ, Liao DL, Tsai SJ. Association study of androgen receptor CAG repeat polymorphism and male violent criminal activity. *Psychoneuroendocrinology*. 2006;31(4):548-52.
- Chow EW, Choy AL. Clinical characteristics and treatment response to SSRI in a female pedophile. *Arch Sex Behav*. 2002;31(2):211-5.

- Clark SK, Jeglic EL, Calkins C, Tatar JR. More Than a Nuisance: The Prevalence and Consequences of Frotteurism and Exhibitionism. *Sex Abuse*. 2016;28(1):3-19.
- Clemente J, Pillon SC, Mari JJ, Silva CJD, Santana PRH, Diehl A. Paraphilic thoughts, behaviors and sex addiction in a sample of persons who use drugs: a cross-sectional study. *J Addict Med*. 2017;11(5):377-85.
- Comings DE. Tourette syndrome: a hereditary neuropsychiatric spectrum disorder. *Ann Clin Psychiatry*. 1994;6(4):235-47.
- Cordioli AV. *Vencendo o Transtorno Obsessivo-compulsivo*. Porto Alegre: Artmed; 2008.
- Critelli JW, Bivona JM. Women's erotic rape fantasies: an evaluation of theory and research. *J Sex Res*. 2008;45(1):57-70.
- Cromer KR, Schmidt NB, Murphy DL. An investigation of traumatic life events and obsessive-compulsive disorder. *Behav Res Ther*. 2007;45(7):1683-91.
- Cryan EM, Butcher GJ, Webb MG. Obsessive-compulsive disorder and paraphilia in a monozygotic twin pair. *Br J Psychiatry*. 1992;161:694-8.
- D'Andrea FF. *Desenvolvimento da personalidade*. 6ª ed. São Paulo: Difel; 1984.
- Dawson SJ, Bannerman BA, Lalumière ML. Paraphilic Interests: An Examination of Sex Differences in a Nonclinical Sample. *Sex Abuse*. 2016;28(1):20-45.
- De Block A, Adriaens PR. Pathologizing sexual deviance: a history. *J Sex Res*. 2013;50(3-4):276-98.
- Dean J. Non-intercourse sexual behaviors, differing sexual preferences and paraphilias. In: ESSM Educational Committee. *The ESSM manual of sexual medicine*. 2nd. ed Amsterdam: Medix; 2015. p. 1026-33.
- Dickel DE, Veenstra-VanderWeele J, Bivens NC, Wu X, Fischer DJ, Van Etten-Lee M, Himle JA, Leventhal BL, Cook EH Jr, Hanna GL. Association studies of serotonin system candidate genes in early-onset obsessive-compulsive disorder. *Biol Psychiatry*. 2007;61(3):322-9.
- Dietz PE, Evans B. Pornographic imagery and prevalence of paraphilia. *Am J Psychiatry*. 1982;139(11):1493-5.

Dressing H, Obergrösser T, Tost H, Kaumeier S, Ruf M, Braus DF. Homosexual pedophilia and functional networks - An fMRI case report and literature review. *Fortschr Neurol Psychiatr*. 2001;69(11):539-44.

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;44(8):2151-9.

Elsen JL, Coles ME, Shea MT, Pagano ME, Stout RL, Yen S, et al. Clarifying the convergence between obsessive compulsive personality disorder criteria and obsessive compulsive disorder. *J Pers Disord*. 2006;20(3):294-305.

Erickson, EH. *Childhood and society*. 2ª ed. New York: Norton; 1963.

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;29(5):500-514.

Fedoroff JP. Sadism, sadomasochism, sex, and violence. *Can J Psychiatry*. 2008;53(10):637-46.

Fedoroff JP. Forensic and diagnostic concerns arising from the proposed DSM-5 criteria for sexual paraphilic disorder. *J Am Acad Psychiatry Law*. 2011;39(2):238-41.

Fedoroff JP, Di Gioacchino L, Murphy L. Problems with paraphilias in the DSM-5. *Curr Psychiatry Rep*. 2013;15(8):363.

Fehlow P. The female sexual delinquent. *Psychiatr Neurol Med Psychol (Leipz)*. 1975;27(10):612-8.

Fenichel O. *Teoria psicanalítica das neuroses*. Tradução de Samuel Penna Reis; revisão terminológica e conceitual de Ricardo Fabião Gomes. Rio de Janeiro-São Paulo: Livraria Atheneu; 1981a. p. 251-90.

Fenichel O. *Teoria psicanalítica das neuroses*. Tradução de Samuel Penna Reis; revisão terminológica e conceitual de Ricardo Fabião Gomes. Rio de Janeiro-São Paulo: Livraria Atheneu; 1981b. p. 303-59.

First MB, Williams JBW, Karg RS, Spitzer RL. *SCID-5-CV versão clínica: entrevista clínica estruturada para transtornos do DSM-5*. Tradução de Fernando de Siqueira Rodrigues; revisão técnica de Flávia de Lima Osório, João Paulo Machado de Sousa, José Alexandre de Souza Crippa. Porto Alegre: Artmed; 2017.

Fisher AD, Castellini G, Casale H, Fanni E, Bandini E, Campone B, Ferruccio N, Maseroli E, Boddi V, Dèttore D, Pizzocaro A, Balercia G, Oppo A, Ricca V,

Maggi M. Hypersexuality, Paraphilic Behaviors, and Gender Dysphoria in Individuals with Klinefelter's Syndrome. *J Sex Med.* 2015;12(12):2413-24.

Fontanelle LF, Mendlowicz MV, Versiani M. Impulse control disorders in patients with obsessive-compulsive disorder. *Psychiatry Clin Neurosci.* 2005;59(1):30-7.

Fontenelle LF, Mendlowicz MV, Versiani M. The descriptive epidemiology of obsessive-compulsive disorder. *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry.* 2006;30(3):327-37.

Fontenelle LF, de Oliveira-Souza R, Moll J. The rise of moral emotions in neuropsychiatry. *Dialogues Clin Neurosci.* 2015;17(4):411-20.

Fosha D. The dyadic regulation of affect. *J Clin Psychol.* 2001;57(2):227-42.

Freud S. Três ensaios sobre a teoria da sexualidade. In: *Freud S. Obras completas*. Tradução de Vera Ribeiro; revisão de Maira Parulla, Angela Castelo Branco, Rita Vinagre. 2ª ed. Rio de Janeiro: Imago Editora Ltda; 1989, v.7. p. 118-230.

Frías Á, González L, Palma C, Farriols N. Is There a Relationship Between Borderline Personality Disorder and Sexual Masochism in Women? *Arch Sex Behav.* 2017 Apr;46(3):747-754.

Gaffney GR, Berlin FS. Is there hypothalamic-pituitary-gonadal dysfunction in paedophilia? A pilot study. *Br J Psychiatry.* 1984;145:657-60.

Gannon TA, O'Connor A. The development of the interest in child molestation scale. *Sex Abuse.* 2011;23(4):474-93.

Garrett LH. A phenomenological exploration of reflections on lived space by child sexual abusers. *Issues Ment Health Nurs.* 2010;31(12):758-62.

Giami A. Between DSM and ICD: Paraphilias and the Transformation of Sexual Norms. *Arch Sex Behav.* 2015;44(5):1127-38.

Gillespie WH. The general theory of sexual perversion. *Int J Psychoanal.* 1956;37(4-5):396-403.

Goodman JD. The behavior of hypersexual delinquent girls. *Am J Psychiatry.* 1976;133(6):662-8.

Goodman WK, Price LH, Rasmussen SA, Mazure C, Fleischmann RL, Hill CL, Heninger GR, Charney DS. The Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale. I. Development, use, and reliability. *Arch Gen Psychiatry.* 1989a;46(11):1006-11.

Goodman WK, Price LH, Rasmussen SA, Mazure C, Delgado P, Heninger GR, Charney DS. The Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale. II. *Validity. Arch Gen Psychiatry.* 1989b;46(11):1012-6.

Grant JE. Clinical characteristics and psychiatric comorbidity in males with exhibitionism. *J Clin Psychiatry.* 2005;66(11):1367-71.

Greenberg DM. Sexual recidivism in sex offenders. *Can J Psychiatry.* 1998;43(5):459-65.

Greenberg SR, Firestone P, Bradford JM, Greenberg DM. Prediction of recidivism in exhibitionists: psychological, phallometric, and offense factors. *Sex Abuse.* 2002;14(4):329-47.

Grossman L. The perverse attitude toward reality. *Psychoanal Q.* 1993;62(3):422-36.

Gunderson JG, Phillips, KA. Transtornos de Personalidade. In: Kaplan HL, Sadock BJ *Tratado de psiquiatria.* Vol. 2 Tradução de Dayse Batista, Irene CS Ortiz, Maria Rita Hofmeister, Sandra de Camargo Costa. 6ª ed. Porto Alegre: Editora Artes Médicas Sul Ltda; 1999. p.1542-82.

Haft J. On my way here, I passed a man with a scab: understanding a case of severe obsessive-compulsive disorder. *Psychoanal Q.* 2005;74(4):1101-26.

Harenski CL, Thornton DM, Harenski KA, Decety J, Kiehl KA. Increased frontotemporal activation during pain observation in sexual sadism: preliminary findings. *Arch Gen Psychiatry.* 2012;69(3):283-92.

Hebbar S. Doing Psychiatry Right: A case of severe avoidant personality disorder with obsessive-compulsive personality disorder, obsessive-compulsive disorder, intermittent explosive disorder and sexual paraphilias. *Indian J Psychol Med.* 2014; 36 (3):326-8.

Hemmings SM, Kinnear CJ, Lochner C, Niehaus DJ, Knowles JA, Moolman-Smook JC, Corfield VA, Stein DJ. Early- versus late-onset obsessive-compulsive disorder: investigating genetic and clinical correlates. *Psychiatry Res.* 2004;128(2):175-82.

Hettema JM, Neale MC, Kendler KS. A review and meta-analysis of the genetic epidemiology of anxiety disorders. *Am J Psychiatry.* 2001;158(10):1568-78.

Hollander E, Wong CM. Body dysmorphic disorder, pathological gambling, and sexual compulsions. *J Clin Psychiatry.* 1995;56(Suppl 4):7-12; discussion 13.

Holtzman D, Kulish N. Female exhibitionism: identification, competition and camaraderie. *Int J Psychoanal.* 2012;93(2):271-92.

Holvoet L, Huys W, Coppens V, Seeuws J, Goethals K, Morrens M. Fifty shades of Belgian gray: the prevalence of BDSM-related fantasies and activities in the general population. *J Sex Med.* 2017(9):1152-9.

Hughes JR. Review of medical reports on pedophilia. *Clin Pediatr (Phila).* 2007;46(8):667-82.

Ingves MV, Lau T, Fedoroff JP, Levine S. A man with urethral polyembolokoilamania successfully treated with electroconvulsive therapy. *Arch Sex Behav.* 2014;43(6):1203-7.

Jairam J, van Marle HJ. The treatment of hypersexuality in a male with obsessive compulsive disorder as psychiatric co-morbidity. *Tijdschr Psychiatr.* 2008;50(2):113-7.

Jakubczyk A, Krasowska A, Bugaj M, Kopera M, Klimkiewicz A, Łoczewska A, Michalska A, Majewska A, Szejko N, Podgórska A, Sołowiej M, Markuszewski L, Jakima S, Płoski R, Brower K, Wojnar M. Paraphilic sexual offenders do not differ from control subjects with respect to dopamine- and serotonin-related genetic polymorphisms. *J Sex Med.* 2017;14(1):125-33.

Jenike MA. Transtorno Obsessivo-compulsivo. In: Kaplan HL, Sadock BJ *Tratado de psiquiatria.* Vol. 2 Tradução de Dayse Batista, Irene CS Ortiz, Maria Rita Hofmeister, Sandra de Camargo Costa. 6ª ed. Porto Alegre: Editora Artes Médicas Sul Ltda; 1999. p.1327-37.

Jenike MA. Clinical practice. Obsessive-compulsive disorder. *N Engl J Med.* 2004;350(3):259-65.

Johnson RS, Ostermeyer B, Sikes KA, Nelsen AJ, Coverdale JH. Prevalence and treatment of frotteurism in the community: a systematic review. *J Am Acad Psychiatry Law.* 2014;42(4):478-83.

Jordan K, Fromberger P, Stolpmann G, Müller JL. The role of testosterone in sexuality and paraphilia--a neurobiological approach. Part I: testosterone and sexuality. *J Sex Med.* 2011a;8(11):2993-3007.

Jordan K, Fromberger P, Stolpmann G, Müller JL. The role of testosterone in sexuality and paraphilia--a neurobiological approach. Part II: testosterone and paraphilia. *J Sex Med.* 2011b;8(11):3008-29.

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.

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.

Kafka MP, Prentky R. Fluoxetine treatment of nonparaphilic sexual addictions and paraphilias in men. *J Clin Psychiatry.* 1992;53(10):351-8.

Kafka MP, Prentky RA. Preliminary observations of DSM-III-R axis I comorbidity in men with paraphilias and paraphilia-related disorders. *J Clin Psychiatry.* 1994;55(11):481-7.

Kafka MP, Prentky RA. Attention-deficit/hyperactivity disorder in males with paraphilias and paraphilia-related disorders: a comorbidity study. *J Clin Psychiatry.* 1998;59(7):388-96.

Kafka MP. The monoamine hypothesis for the pathophysiology of paraphilic disorders: an update. *Ann N Y Acad Sci.* 2003;989:86-94; discussion 144-53.

Kamping S, Andoh J, Bomba IC, Diers M, Diesch E, Flor H. Contextual modulation of pain in masochists: involvement of the parietal operculum and insula. *Pain.* 2016;157(2):445-55.

Kapfhammer HP. Richard Freiherr v. Krafft-Ebing and Sigmund Freud--discourse on the "normality" and "perversion" of human sexuality at the close of the 19th century and the beginning of the 20th century. *Neuropsychiatr.* 2015;29(4):163-78.

Kaul A, Duffy S. Gerontophilia--a case report. *Med Sci Law.* 1991;31(2):110-4.

Kingston DA, Seto MC, Firestone P, Bradford JM. Comparing indicators of sexual sadism as predictors of recidivism among adult male sexual offenders. *J Consult Clin Psychol.* 2010;78(4):574-84.

Kirov GK, Losanoff JE, Kjossev KT. Zoophilia: a rare cause of traumatic injury to the rectum. *Injury.* 2002;33(4):367-8.

Klein M. *El psicoanálisis de niños*. Buenos Aires: Hormé; 1964.

Knafo D. For the Love of Death: Somnophilic and Necrophilic Acts and Fantasies. *J Am Psychoanal Assoc.* 2015;63(5):857-86.

Kobak RR, Hazan C. Attachment in marriage: effects of security and accuracy of working models. *J Pers Soc Psychol.* 1991;60(6):861-9.

Köksal F, Domjan M, Kurt A, Sertel O, Orüng S, Bowers R, Kumru G. An animal model of fetishism. *Behav Res Ther.* 2004;42(12):1421-34.

Kolla NJ, Zucker KJ. Desire for non-mutilative disability in a nonhomosexual, male-to-female transsexual. *Arch Sex Behav*. 2009;38(6):1057-63.

Krafft-Ebing R. *Psychopathia sexualis: the classic study of deviant sex*. New York: Arcade Publishing; 1965.

Krueger RB, Kaplan MS. The paraphilic and hypersexual disorders: an overview. *Psychiatr Pract*. 2001;7(6):391-403.

Krueger RB. The DSM diagnostic criteria for sexual sadism. *Arch Sex Behav*. 2010a;39(2):325-45.

Krueger RB. The DSM diagnostic criteria for sexual masochism. *Arch Sex Behav*. 2010b;39(2):346-56.

Krueger RB. Critical appraisals of the proposed DSM-5 paraphilia diagnoses. *J Am Acad Psychiatry Law*. 2011;39(2):237.

Langevin R, Langevin M, Curnoe S. Family size, birth order, and parental age among male paraphilics and sex offenders. *Arch Sex Behav*. 2007;36(4):599-609.

Långström N, Zucker KJ. Transvestic fetishism in the general population: prevalence and correlates. *J Sex Marital Ther*. 2005;31(2):87-95.

Långström N, Seto MC. Exhibitionistic and voyeuristic behavior in a Swedish national population survey. *Arch Sex Behav*. 2006;35(4):427-35.

Långström N. The DSM diagnostic criteria for exhibitionism, voyeurism, and frotteurism. *Arch Sex Behav*. 2010;39(2):317-24.

Laws D, Marshall WL. A conditioning theory of the etiology and maintenance of deviant sexual preferences and behavior. In: Marshall WL, Laws DR, Barbaree HE, editors. *Handbook of assault: Issues, theories, and treatment of the offender*. New York: Plenum Press; 1990.

Leckman JF, Grice DE, Boardman J, Zhang H, Vitale A, Bondi C, Alsobrook J, Peterson BS, Cohen DJ, Rasmussen SA, Goodman WK, McDougle CJ, Pauls DL. Symptoms of obsessive-compulsive disorder. *Am J Psychiatry*. 1997;154(7):911-7.

Leckman JF, Mayes LC, Feldman R, Evans DW, King RA, Cohen DJ. Early parental preoccupations and behaviors and their possible relationship to the symptoms of obsessive-compulsive disorder. *Acta Psychiatr Scand Suppl*. 1999;396:1-26.

Lehne GK, Money J. Multiplex versus multiple taxonomy of paraphilia: case example. *Sex Abuse*. 2003 Jan;15(1):61-72.

Levitan HL. Dynamic and structural features of a case of compulsive neuroses as revealed in dreams. *Psycother Psychosom*. 1976-1977;27(3-6):125-32.

Levitt EE, Moser C, Jamison KV. The prevalence and some attributes of females in the sadomasochistic subculture: a second report. *Arch Sex Behav*. 1994;23(4):465-73.

Lopes AC, Greenberg BD, Norén G, Canteras MM, Busatto GF, de Mathis ME, Taub A, D'Alcanta CC, Hoexter MQ, Gouvea FS, Cecconi JP, Gentil AF, Ferrão YA, Fuentes D, de Castro CC, Leite CC, Salvajoli JV, Duran FL, Rasmussen S, Miguel EC. Treatment of resistant obsessive-compulsive disorder with ventral capsular/ventral striatal gamma capsulotomy: a pilot prospective study. *J Neuropsychiatry Clin Neurosci*. 2009;21(4):381-92.

Łucka I, Dziemian A. Pedophilia--a review of literature, casuistics, doubts. *Psychiatr Pol*. 2014;48(1):121-34.

Maes M, van West D, De Vos N, Westenberg H, Van Hunsel F, Hendriks D, Cosyns P, Scharpé S. Lower baseline plasma cortisol and prolactin together with increased body temperature and higher mCPP-induced cortisol responses in men with pedophilia. *Neuropsychopharmacology*. 2001;24(1):37-46.

Marsh PJ, Odlaug BL, Thomarios N, Davis AA, Buchanan SN, Meyer CS, Grant JE. Paraphilias in adult psychiatric inpatients. *Ann Clin Psychiatry*. 2010;22(2):129-34.

Marshall WL, Marshall LE, Serran GA, O'Brien MD. *Rehabilitating sexual offenders. A strenght based approach*. Washington, DC: American Psychological Association; 2011.

McDougall J. Identifications, neoneeds and neosexualities. *Int J Psychoanal*. 1986;67(Pt 1):19-31.

McDougle CJ, Southwick SM, Rohrbaugh RM. Tourette's disorder and associated complex behaviors: a case report. *Yale J Biol Med*. 1990;63(3):209-14.

McElroy SL, Soutullo CA, Taylor P Jr, Nelson EB, Beckman DA, Brusman LA, Ombaba JM, Strakowski SM, Keck PE Jr. Psychiatric features of 36 men convicted of sexual offenses. *J Clin Psychiatry*. 1999;60(6):414-20; quiz 421-2.

Mehdizadeh-Zareanari A, Ghafarinezhad A, Soltani H. Fetishism due to methamphetamine (glass) abuse: a case report. *Addict Health*. 2013;5(1-2):73-6.

Menchón JM, van Ameringen M, Dell'Osso B, Denys D, Figeo M, Grant JE, Hollander E, Marazziti D, Nicolini H, Pallanti S, Ruck C, Shavitt R, Stein DJ, Andersson E, Bipeta R, Cath DC, Drummond L, Feusner J, Geller DA, Hranov G, Lochner C, Matsunaga H, McCabe RE, Mpavaenda D, Nakamae T, O'Kearney R, Pasquini M, Pérez Rivera R, Poyurovsky M, Real E, do Rosário MC, Soreni N, Swinson RP, Vulink N, Zohar J, Fineberg N. Standards of care for obsessive-compulsive disorder centres. *Int J Psychiatry Clin Pract*. 2016;20(3):204-8.

Mendez MF, Chow T, Ringman J, Twitchell G, Hinkin CH. Pedophilia and temporal lobe disturbances. *J Neuropsychiatry Clin Neurosci*. 2000;12(1):71-6.

Mendez M, Shapira JS. Pedophilic behavior from brain disease. *J Sex Med*. 2011;8(4):1092-100.

Miguel EC, Leckman JF, Rauch S, do Rosario-Campos MC, Hounie AG, Mercadante MT, Chacon P, Pauls DL. Obsessive-compulsive disorder phenotypes: implications for genetic studies. *Mol Psychiatry*. 2005;10(3):258-75.

Mokros A, Schilling F, Eher R, Nitschke J. The Severe Sexual Sadism Scale: cross-validation and scale properties. *Psychol Assess*. 2012;24(3):764-9.

Money J. Evolutionary sexology: the hypothesis of song and sex. *Med Hypotheses*. 1997;48(5):399-402.

Money J. History, causality, and sexology. *J Sex Res*. 2003;40(3):237-9.

Müller JL. Are sadomasochism and hypersexuality in autism linked to amygdalohippocampal lesion? *J Sex Med*. 2011;8(11):3241-9.

Nestadt G, Samuels J, Riddle M, Bienvenu OJ 3rd, Liang KY, LaBuda M, Walkup J, Grados M, Hoehn-Saric R. A family study of obsessive-compulsive disorder. *Arch Gen Psychiatry*. 2000a;57(4):358-63.

Nestadt G, Lan T, Samuels J, Riddle M, Bienvenu OJ 3rd, Liang KY, Hoehn-Saric R, Cullen B, Grados M, Beaty TH, Shugart YY. Complex segregation analysis provides compelling evidence for a major gene underlying obsessive-compulsive disorder and for heterogeneity by sex. *Am J Hum Genet*. 2000b;67(6):1611-6.

Nitschke J, Istrefi S, Osterheider M, Mokros A. Empathy in sexually sadistic offenders: an experimental comparison with non-sadistic sexual offenders. *Int J Law Psychiatry*. 2012;35(3):165-7.

Noll JG, Trickett PK, Putnam FW. A prospective investigation of the impact of childhood sexual abuse on the development of sexuality. *J Consult Clin Psychol.* 2003;71(3):575-86.

O'Donohue W, Plaud JJ. The conditioning of human sexual arousal. *Arch Sex Behav.* 1994;23(3):321-44.

Oliveira Júnior WM. *Comportamentos sexuais não convencionais e correlações com parâmetros de saúde física, mental e sexual em amostra de 7.022 mulheres e homens das cinco regiões brasileiras.* [Dissertação]. São Paulo: Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo; 2007.

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.* 2010;32(3):264-74.

Oliveira Júnior WM. *Impact of psychotherapy on the choice of sexual partners with paraphilia on drug treatment* [thesis]. São Paulo. Universidade de São Paulo, Faculdade de Medicina, 2015.

O'Neil SE, Cather C, Fishel AK, Kafka M. "Not knowing if I was a pedophile."--diagnostic questions and treatment strategies in a case of OCD. *Harv Rev Psychiatry.* 2005;13(3):186-96.

Organização Mundial da Saúde (OMS). *Classificação de transtornos mentais e de comportamento da CID-10: descrições clínicas e diretrizes diagnósticas.* Tradução de Caetano D. Porto Alegre: Editora Artes Médicas; 1993.

Patra AP, Bharadwaj B, Shaha KK, Das S, Rayamane AP, Tripathi CS. Impulsive frotteurism: a case report. *Med Sci Law.* 2013;53(4):235-8.

Poepl TB, Nitschke J, Dombert B, Santtila P, Greenlee MW, Osterheider M, Mokros A. Functional cortical and subcortical abnormalities in pedophilia: a combined study using a choice reaction time task and fMRI. *Sex Med.* 2011;8(6):1660-74.

Poepl TB, Peytard J, Langguth B. A Temporal Link Between Epileptiform Brain Activity, Schizotypy, and Pedophilia. *J Neuropsychiatry Clin Neurosci.* 2015a;27(3):e204-5.

Poepl TB, Eickhoff SB, Fox PT, Laird AR, Rupperecht R, Langguth B, Bzdok D. Connectivity and functional profiling of abnormal brain structures in pedophilia. *Hum Brain Mapp.* 2015b;36(6):2374-86.

Prunas A, Bernorio R. Dimensions of Personality Organization and Sexual Life in a Community Sample of Women. *J Sex Marital Ther.* 2016;42(2):158-64.

Pujol J, Soriano-Mas C, Alonso P, Cardoner N, Menchón JM, Deus J, Vallejo J. Mapping structural brain alterations in obsessive-compulsive disorder. *Arch Gen Psychiatry*. 2004;61(7):720-30.

Rabinerson D, Ben-Shitrit G, Glezerman M. Lethal sex. *Harefuah*. 2011;150(3):251-4, 303.

Raphling DL. Fetishism in a woman. *J Am Psychoanal Assoc*. 1989;37(2):465-91.

Rauch SL. Neuroimaging and neurocircuitry models pertaining to the neurosurgical treatment of psychiatric disorders. *Neurosurg Clin N Am*. 2003;14(2):213-23.

Raymond NC, Coleman E, Miner MH. Psychiatric comorbidity and compulsive/impulsive traits in compulsive sexual behavior. *Compr Psychiatry*. 2003;44(5):370-80.

Reiersøl O, Skeid S. The ICD diagnoses of fetishism and sadomasochism. *J Homosex*. 2006;50(2-3):243-62.

Reininghaus E, Lackner N. Relationship satisfaction and sexuality in Huntington's disease. *Handb Clin Neurol*. 2015;130:325-34.

Richards H, Jackson RL. Behavioral discriminators of sexual sadism and paraphilia nonconsent in a sample of civilly committed sexualoffenders. *Int J Offender Ther Comp Criminol*. 2011;55(2):207-27.

Richters J, de Visser RO, Rissel CE, Grulich AE, Smith AM. Demographic and psychosocial features of participants in bondage and discipline, "sadomasochism" or dominance and submission (BDSM): data from a national survey. *J Sex Med*. 2008;5(7):1660-8.

Rosenberg DR, MacMaster FP, Keshavan MS, Fitzgerald KD, Stewart CM, Moore GJ. Decrease in caudate glutamatergic concentrations in pediatric obsessive-compulsive disorder patients taking paroxetine. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2000;39(9):1096-103.

Rösler A, Witztum E. Pharmacotherapy of paraphilias in the next millennium. *Behav Sci Law*. 2000;18(1):43-56.

Rowan EL, Rowan JB, Langelier P. Women who molest children. *Bull Am Acad Psychiatry Law*. 1990;18(1):79-83.

Russell DE. The incidence and prevalence of intrafamilial and extrafamilial sexual abuse of female children. *Child Abuse Negl*. 1983;7(2):133-46.

Sartori G, Scarpazza C, Codognotto S, Pietrini P. An unusual case of acquired pedophilic behavior following compression of orbitofrontal cortex and hypothalamus by a Clivus Chordoma. *J Neurol*. 2016;263(7):1454-5.

Scanavino M de T, Ventuneac A, Rendina HJ, Abdo CH, Tavares H, Amaral ML, Messina B, Reis SC, Martins JP, Gordon MC, Vieira JC, Parsons JT. Sexual Compulsivity Scale, Compulsive sexual behavior inventory, and hypersexual disorder screening inventory: translation, adaptation, and validation for use in Brazil. *Arch Sex Behav*. 2016;45(1):207-17.

Schiffer B, Peschel T, Paul T, Gizewski E, Forsting M, Leygraf N, Schedlowski M, Krueger TH. Structural brain abnormalities in the frontostriatal system and cerebellum in pedophilia. *J Psychiatr Res*. 2007;41(9):753-62.

Schiffer B, Krueger T, Paul T, de Greiff A, Forsting M, Leygraf N, Schedlowski M, Gizewski E. Brain response to visual sexual stimuli in homosexual pedophiles. *J Psychiatry Neurosci*. 2008;33(1):23-33.

Schiltz K, Witzel J, Northoff G, Zierhut K, Gubka U, Fellmann H, Kaufmann J, Tempelmann C, Wiebking C, Bogerts B. Brain pathology in pedophilic offenders: evidence of volume reduction in the right amygdala and related diencephalic structures. *Arch Gen Psychiatry*. 2007;64(6):737-46.

Schwartz MF. Developmental psychopathological perspectives on sexually compulsive behavior. *Psychiatr Clin North Am*. 2008;31(4):567-86.

Scorolli C, Ghirlanda S, Enquist M, Zattoni S, Jannini EA. Relative prevalence of different fetishes. *Int J Impot Res*. 2007;19(4):432-7.

Seto MC. Paedophilia: Psychopathology and theory. In: Laws DR, O'Donohue W. editors. *Sexual deviance: Theory, Assessment, and treatment*. New York: Guildford Press; 2008.

Seto MC, Kingston DA, Bourget D. Assessment of the paraphilias. *Psychiatr Clin North Am*. 2014;37(2):149-61

Sharma BR. Disorders of sexual preference and medicolegal issues thereof. *Am J Forensic Med Pathol*. 2003;24(3):277-82.

Shavitt RG, Valério C, Fossaluza V, da Silva EM, Cordeiro Q, Diniz JB, Belotto-Silva C, Cordioli AV, Mari J, Miguel EC. The impact of trauma and post-traumatic stress disorder on the treatment response of patients with obsessive-compulsive disorder. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci*. 2010;260(2):91-9.

Shavitt RG, Torres AR, Hounie AG. Transtorno Obsessivo-compulsivo. In: Miguel EC, Gentil V, Gattaz WF, editores. *Clínica Psiquiátrica*. Barueri: Editora Manole Ltda; 2011. p. 848-62.

Southern S. Treatment of compulsive cybersex behavior. *Psychiatr Clin North Am.* 2008;31(4):697-712.

Stahl SM. *Stahl's essential psychopharmacology: neuroscientific basis and practical applications*. 4a ed. New York: Cambridge University Press; 2013.

Stahl SM, Lee-Zimmerman C, Cartwright S, Morrisette DA. Serotonergic drugs for depression and beyond. *Curr Drug Targets.* 2013;14(5):578-85.

Stein DJ, Hollander E, Anthony DT, Schneier FR, Fallon BA, Liebowitz MR, Klein DF. Serotonergic medications for sexual obsessions, sexual addictions, and paraphilias. *J Clin Psychiatry.* 1992;53(8):267-71.

Stein DJ, Hollander E. The spectrum of obsessive-compulsive-related disorders. In: Hollander E. *Obsessive-compulsive related disorder*. Washington, DC: American Psychiatric Press; 1993.

Stein DJ, Kogan CS, Atmaca M, Fineberg NA, Fontenelle LF, Grant JE, Matsunaga H, Reddy YCJ, Simpson HB, Thomsen PH, van den Heuvel OA, Veale D, Woods DW, Reed GM. The classification of Obsessive-Compulsive and Related Disorders in the ICD-11. *J Affect Disord.* 2016 Jan 15;190:663-674.

Steinberg H. Introduction and transformation of the psychiatric term "anancasm": From Gyula (Julius) Donáth via Kurt Schneider to ICD-10. *Nervenarzt.* 2014;85(9):1171-4.

Steketee G, Frost R, Bogart K. The Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale: interview versus self-report. *Behav Res Ther.* 1996;34(8):675-84.

Strachey, J. A Case of Hysteria, Three Essays on Sexuality and Other Works, i-vi. In: *The Standard Edition of the Complete Psychological Works of Sigmund Freud*, Volume VII (1901-1905). London: The Hogarth Press and the Institute of Psychoanalysis; 1953, p. 135.

Strassberg DS, Eastvold A, Wilson Kenney J, Suchy Y. Psychopathy among pedophilic and nonpedophilic child molesters. *Child Abuse Negl.* 2012;36(4):379-82.

Studer LH, Aylwin AS. Elevated prolactin levels among adult male sex offenders. *Psychol Rep.* 2006;98(3):841-8.

Suchy Y, Eastvold AD, Strassberg DS, Franchow EI. Understanding processing speed weaknesses among pedophilic child molesters: response style vs. neuropathology. *J Abnorm Psychol.* 2014;123(1):273-85.

Swedo SE, Rapoport JL, Cheslow DL, Leonard HL, Ayoub EM, Hosier DM, Wald ER. High prevalence of obsessive-compulsive symptoms in patients with Sydenham's chorea. *Am J Psychiatry*. 1989a;146(2):246-9.

Swedo SE, Rapoport JL, Leonard H, Lenane M, Cheslow D. Obsessive-compulsive disorder in children and adolescents. Clinical phenomenology of 70 consecutive cases. *Arch Gen Psychiatry*. 1989b;46(4):335-41.

Swedo SE, Leonard HL, Garvey M, Mittleman B, Allen AJ, Perlmutter S, Lougee L, Dow S, Zamkoff J, Dubbert BK. Pediatric autoimmune neuropsychiatric disorders associated with streptococcal infections: clinical description of the first 50 cases. *Am J Psychiatry*. 1998;155(2):264-71.

Tavares H, Ferraz RB. Transtornos de Personalidade. In: Miguel EC, Gentil V, Gattaz WF, editores. *Clínica psiquiátrica*. Barueri: Editora Manole Ltda; 2011. p. 1051-64.

Templeman TL, Stinnett RD. Patterns of sexual arousal and history in a "normal" sample of young men. *Arch Sex Behav*. 1991;20(2):137-50.

Tenbergen G, Wittfoth M, Frieling H, Ponseti J, Walter M, Walter H, Beier KM, Schiffer B, Kruger TH. The Neurobiology and Psychology of Pedophilia: Recent Advances and Challenges. *Front Hum Neurosci*. 2015;9:344.

Tesson J, Cordier B, Thibaut F. Assessment of a new law for sex offenders implemented in France in 1998. *Encephale*. 2012;38(2):133-40.

Thibaut F, Bradford JM, Briken P, De La Barra F, Häßler F, Cosyns P WFSBP Task Force on Sexual Disorders. The World Federation of Societies of Biological Psychiatry (WFSBP) guidelines for the treatment of adolescent sexual offenders with paraphilic disorders. *World J Biol Psychiatry*. 2016;17(1):2-38.

Torres AR, Lima MC. Epidemiology of obsessive-compulsive disorder: a review. *Rev Bras Psiquiatr*. 2005;27(3):237-42.

Torres AR, Fontenelle LF, Shavitt RG, Ferrão YA, do Rosário MC, Storch EA, Miguel EC. Comorbidity variation in patients with obsessive-compulsive disorder according to symptom dimensions: Results from a large multicentre clinical sample. *J Affect Disord*. 2016;190:508-16.

Turner M. Female sexual compulsivity: a new syndrome. *Psychiatr Clin North Am*. 2008;31(4):713-27.

van der Kolk BA. The compulsion to repeat the trauma. Re-enactment, revictimization, and masochism. *Psychiatr Clin North Am*. 1989;12(2):389-411.
von Franqué F, Klein V, Briken P. Paraphilic Disorders and Sexual Variations. In: ESSM Educational Committee. *The EFS and ESSM syllabus of clinical sexology*. Amsterdam: Medix; 2013. p.1130-43.

Waismann R, Fenwick PB, Wilson GD, Hewett TD, Lumsden J. EEG responses to visual erotic stimuli in men with normal and paraphilic interests. *Arch Sex Behav*. 2003;32(2):135-44.

Wakefield JC. DSM-5 proposed diagnostic criteria for sexual paraphilias: tensions between diagnostic validity and forensic utility. *Int J Law Psychiatry*. 2011;34(3):195-209.

Walter M, Witzel J, Wiebking C, Gubka U, Rotte M, Schiltz K, et al. Pedophilia is linked to reduced activation in hypothalamus and lateral prefrontal cortex during visual erotic stimulation. *Biol Psychiatry*. 2007;62(6):698-701.

Ward T, Hudson SM, Johnston L, Marshall WL. Cognitive distortions in sex offenders: an integrative review. *Clin Psychol Rev*. 1997;17(5):479-507.

Weierstall R, Giebel G. The Sadomasochism Checklist: A Tool for the Assessment of Sadomasochistic Behavior. *Arch Sex Behav*. 2017;46(3):735-45.

Wéry A, Vogelaere K, Challet-Bouju G, Poudat FX3, Caillon J, Lever D, Billieux J, Grall-Bronnec M. Characteristics of self-identified sexual addicts in a behavioral addiction outpatient clinic. *J Behav Addict*. 2016;5(4):623-30.

Westberg L, Eriksson E. Sex steroid-related candidate genes in psychiatric disorders. *J Psychiatry Neurosci*. 2008;33(4):319-30.

Wurtele SK, Simons DA, Moreno T. Sexual interest in children among an online sample of men and women: prevalence and correlates. *Sex Abuse*. 2014;26(6):546-68.

Wyly J. The perversions in analysis. *J Anal Psychol*. 1989 Oct;34(4):319-37.

Xu W, Zheng L, Zheng Y. Prevalence of non-contact and contact childhood sexual abuse: An Internet-based sample of men who have sex with men in China. *PLoS One*. 2017;12(4):e0175444.

Zitzmann M, Nieschlag E. Androgen receptor gene CAG repeat length and body mass index modulate the safety of long-term intramuscular testosterone undecanoate therapy in hypogonadal men. *J Clin Endocrinol Metab*. 2007;92(10):3844-53.

Zubenko GS, George AW, Soloff PH, Schulz P. Sexual practices among patients with borderline personality disorder. *Am J Psychiatry*. 1987;144(6):748-52.

Züchner S, Wendland JR, Ashley-Koch AE, Collins AL, Tran-Viet KN, Quinn K, Timpano KC, Cuccaro ML, Pericak-Vance MA, Steffens DC, Krishnan KR, Feng G, Murphy DL. Multiple rare SAPAP3 missense variants in trichotillomania and OCD. *Mol Psychiatry*. 2009;14(1):6-9.