WALDEMAR MENDES DE OLIVEIRA JÚNIOR

**Impacto da psicoterapia sobre a escolha dos parceiros sexuais de
parafílicos em tratamento medicamentoso**

Tese apresentada à Faculdade de Medicina
da Universidade de São Paulo para obtenção
do título de Doutor em Ciências

Programa de Psiquiatria

Orientadora: Profa. Dra. Carmita Helena
Najjar Abdo

São Paulo

2015

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

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

©reprodução autorizada pelo autor

Oliveira Júnior, Waldemar Mendes de

Impacto da psicoterapia sobre a escolha dos parceiros sexuais de parafilicos em
tratamento medicamentoso / Waldemar Mendes de Oliveira Júnior. -- São Paulo,
2015.

Tese(doutorado)--Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo.
Programa de Psiquiatria.

Orientadora: Carmita Helena Najjar Abdo.

Descritores: 1.Ensaio clínico controlado aleatório como assunto
2.Psicoterapia 3.Sexualidade 4.Parceiros sexuais 5.Comportamento sexual 6.Parafilia
7.Pedofilia 8.Exibicionismo 9.Fetichismo (psiquiátrico) 10.Violência sexual

USP/FM/DBD-055/15

À Maria Luiza,

acontecimento impetuoso do meu amor

Aos meus filhos, Augusto e Catarina,

um estímulo para a afeição pelo conhecimento

AGRADECIMENTOS

À *Profa. Dra. Carmita Helena Najjar Abdo*, minha orientadora nos *caminhos* do estudo sobre Sexualidade Humana e que sempre me deu estímulo, oportunidade e conhecimento sobre tão complexo tema e pelos quais percorre destemidamente, desbravando-os com obstinação, seriedade, conhecimento e competência e que muito me encorajou ao longo destes últimos dezesseis anos que os percorremos juntos, sobretudo naqueles que supunha serem intransponíveis para mim, o meu todo reconhecimento e minha toda gratidão.

Ao admirável ser humano e Professor *Dr. Francisco Lotufo Neto*. Dentre outras, tem as *qualidades* da sabedoria científica e da caridade. Sua disponibilidade quase irrestrita para ter me recebido com minhas dúvidas, solicitações e aflições ocorridas ao longo deste trabalho demonstra que foi esta sua última qualidade que me permitiu adquirir o que pude da primeira.

Agradeço imensamente ao *Dr. Victor Roberto Ciacco Silva Dias*, um dos pioneiros da introdução do Psicodrama no Brasil e profundo conhecedor do complexo funcionamento psicológico. Sua sensibilidade e intimidade com a alma humana, aliadas ao seu poder criativo, trouxeram à prática clínica a necessária humanidade, tão esquecida e ofuscada pelos extraordinários avanços alcançados pelas Neurociências. Sua postura profissional sempre provocou em mim profunda admiração e respeito e explica muito do porquê de ter me lançado no complexo ofício de tratar outro semelhante também por meio das palavras.

Ao *Prof. Dr. Renato Ramos*, que muito contribuiu neste *trabalho* com valiosas sugestões no qual procurei incorporá-las e que me fizeram crer na sua exequibilidade.

Ao jovem e brilhante pesquisador *Dr. Daniel Martins de Barros*, que com a sua cultura, entusiasmo e a disponibilidade de compartilhá-los comigo, ajudou-me a apartar do material bruto o que existia de relevante.

Ao *Prof. Dr. Hermano Tavares*, que contribuiu de forma pontual, porém determinante, em momentos chave deste trabalho.

Ao *Prof. Dr. Per Hoglend*, da Universidade de Oslo, brilhante pesquisador de estudos quantitativos em psicoterapia, que gentilmente me agraciou com importantes apontamentos para esta pesquisa.

Ao *Dr. Frederico Navas Demétrio*, que me socorreu em uma das precisões imediatas que tive durante a *lida*.

Ao *Dr. Fábio Otani* que, com sua experiência clínica no assunto, calma e simpatia, realizou o trabalho clínico ambulatorial da pesquisa.

À minha colega de tanto anos Psicóloga *Edna Teresinha Benatti*, que *dirigiu* comigo o grupo terapêutico e que com capricho, dedicação e carinho, muito me ajudou a organizar não só o material e a execução do projeto, mas também o meu estado emocional, durante as turbulências que enfrentamos ao longo do trabalho.

Ao Psicólogo *Sérgio Máscoli*, que *dirigiu* o grupo de apoio com seriedade e competência e que ao distribuir amiúde gestos de carinho e alegria, manteve o alto grau de motivação da equipe.

À Psicóloga *Maria Celeste Francisco*, sensível profissional capaz de captar movimentos insondáveis ao tratar um *grupo*, o meu agradecimento pelo inestimável préstimo que teve com o deste, que se dispôs a atender.

À psicodramatista Psic. *Heloísa Fleury*, eminente conhecedora de teoria grupal, pelos meritórios subsídios.

Às analistas psicodramáticas Psic. *Virgínia de Araújo Silva* e Psic. *Cristiane A. Silva*, que me mimosearam com informações úteis sobre grupos terapêuticos.

Ao Dr. *Giancarlo Spizirri*, Psic. *Marina Gléria Vasco*, Psic. *Celso Mori*, secretária *Renata Ananias Gonçalves* e à toda equipe do ProSex.

Ao Dr. *Renato del Sant* e à secretária *Aparecida T. de Barros* pela cessão e organização de espaço para o atendimento, respectivamente, do Hospital Dia do Instituto de Psiquiatria do HCFMUSP.

À Sra. *Eliza Fukushima*, pacienciosa, eficiente e dedicada secretária da Pós-graduação que igualmente à sua colega *Isabel Ataíde* sempre me receberam com muito carinho.

À secretária *Celi de Lima*, pela digitação do banco de dados da pesquisa.

À solícita secretária do Serviço de Psicoterapia *Maria Helena S. Andrade*.

Ao competente e dedicado *Vinicius Fernando Calsavara*, pela assessoria estatística.

Às bibliotecárias *Érika Hayashi* e *Maria Umbelina S. de Jesus*, pelas últimas demãos.

Aos *pacientes* que contribuíram para que mais alguns passos pudessem ser dados em direção à busca do alívio do sofrimento que a *condição parafílica* causa a si próprios e aos outros.

Aos *amigos*, pela torcida.

Aos meus queridos pais, *Mariza* e *Valdemar*, pelo amor que sempre recebi, o qual permitiu estruturar o meu ser a ter *apego* a todos aqueles que amo.

Finalmente, à minha parceira, amiga e mulher *Maria Luiza*, quem me despertou o amor e me tornou possível formar uma família. Pela dedicação, compreensão, companheirismo e cumplicidade nos meus projetos e na condução da vida que juntos compartilhamos. Agradeço-a pela tolerância das minhas repetidas ausências no lar que formamos para que eu pudesse realizar este projeto, que sem seu apoio e amor certamente não seria possível.

O senhor... Mire veja: o mais importante e bonito, do mundo, é isto: que as pessoas não estão sempre iguais, ainda não foram terminadas — mas que elas vão sempre mudando. Afinam ou desafinam. Verdade maior. É o que a vida me ensinou. Isso que me alegra, montão.

João Guimarães Rosa
(Grande Sertão: Veredas)

NORMALIZAÇÃO ADOTADA

Esta tese 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

SUMÁRIO

Lista de figuras

Lista de gráficos

Lista tabelas

Lista de siglas

Lista de abreviaturas

Resumo

Summary

1	INTRODUÇÃO	1
2	REVISÃO DA LITERATURA	6
2.1	Bases de pesquisa	6
2.2	Prevalência e Etiologia	9
2.2.1	Neurobiologia	10
2.2.2	Psicopatologia	14
2.3	Abordagens terapêuticas farmacológicas	18
2.3.1	Inibidores seletivos da recaptação de serotonina	19
2.3.2	Terapia de privação androgênica	19
2.4	Abordagens psicoterapêuticas	20
2.4.1	Terapia Cognitivo Comportamental	21
2.4.2	Teoria de evolução da identidade sexual e conceito de parceiro possível e parceiro evitado: uma nova proposta de entendimento e ação	24
3	OBJETIVOS	32
3.1	Objetivos gerais	32
3.2	Objetivos específicos	32
4	HIPÓTESE	34
5	MÉTODO	36
5.1	Desenho do estudo	36
5.2	Procedimentos Éticos e de Registro	36
5.3	Amostra	36
5.4	Randomização	38
5.5	Procedimentos	40
5.5.1	Aplicação das escalas e procedimentos diagnósticos	40
5.5.2	Intervenções	41
5.5.2.1	Intervenção psicoterapêutica	41
5.5.2.2	Intervenção clínica	47

5.6	Estatística	47
5.6.1	Medidas primárias de eficácia.....	47
5.6.2	Medidas secundárias de eficácia	48
5.6.3	Cálculos estatísticos	48
5.6.3.1	Dados sociodemográficos.....	48
5.6.3.2	Comparação dos grupos randomizados.....	48
5.6.3.3	Análises dos desfechos dos grupos.....	49
5.6.3.3.1	Variáveis quantitativas	49
5.6.3.3.2	Variáveis qualitativas	50
6	RESULTADOS	52
6.1	Dados sociodemográficos.....	52
6.2	Análise comparativa dos grupos randomizados	53
6.2.1	Dados sociodemográficos.....	54
6.2.2	Transtornos psiquiátricos diagnosticados pela Escala MINI.....	55
6.2.3	Parafilias de acordo com os critérios do DSM IV – TR (<i>check-list</i>).....	58
6.2.4	Depressão de acordo com o Inventário de Depressão de Beck (<i>variável qualitativa</i>)	59
6.3	Abandono do estudo.....	60
6.4	Resultados pós-intervenções.....	61
6.4.1	Depressão	61
6.4.1.1	Inventário de Depressão de Beck estratificado por períodos (<i>variável quantitativa</i>)	61
6.4.1.2	Inventário de Depressão de Beck estratificado por grupos e períodos (<i>variável quantitativa</i>).....	61
6.4.1.3	Inventário de Depressão de Beck estratificado por grupos e períodos (<i>variável dicotômica qualitativa</i>)	62
6.4.2	Qualidade de Vida	64
6.4.3	Escala de Adequação Social	66
6.4.4	Escalas de Ansiedade	67
6.4.4.1	IDATE (estado)	67
6.4.4.2	IDATE (traço).....	69
6.4.5	Diário de Relações e Fantasias Sexuais (DRFS).....	70
6.4.5.1	Questão Q3 (DRFS)	75
6.4.5.2	Questão Q5 (DRFS)	76
6.4.5.3	Questão Q6 (DRFS)	77
6.4.5.4	Questão Q7 (DRFS)	79
6.4.5.5	Questão Q8 (DRFS)	80

6.4.5.6	Questão Q9 (DRFS)	81
6.4.5.7	Questão Q10 (DRFS)	83
6.4.5.8	Questão Q13 (DRFS)	84
6.4.5.9	Questão Q16 (DRFS)	85
6.4.6	Questionário sobre Comportamento Sexual	87
6.4.7	Escala de Impressão Clínica Global (ICG).....	89
7	DISCUSSÃO	97
7.1	Amostra	97
7.1.1	Abandono	98
7.2	Análise comparativa dos grupos randomizados e discussão sobre as comorbidades psiquiátricas encontradas	98
7.2.1	Dados sociodemográficos.....	98
7.2.2	Transtornos psiquiátricos diagnosticados	99
7.2.3	Parafilias de acordo com os critérios do DSM IV – TR.....	100
7.3	Resultados pós-intervenções.....	101
7.3.1	Depressão	101
7.3.2	Qualidade de vida.....	102
7.3.3	Adequação social	103
7.3.4	Ansiedade.....	104
7.3.4.1	Ansiedade (estado).....	104
7.3.4.2	Ansiedade (traço)	104
7.3.5	Diário de Relações e Fantasias Sexuais (DRFS).....	105
7.3.5.1	Discussão sobre as diferenças observadas no desfecho dos grupos ...	108
7.3.5.2	Orgasmo e ereção peniana.....	115
7.3.6	Questionário sobre Comportamento Sexual	115
7.3.7	Escala de Impressão Clínica Global (ICG).....	117
8	IMPLICAÇÕES PARA FUTURAS PESQUISAS	119
9	IMPLICAÇÕES PARA A CLÍNICA	123
10	LIMITAÇÕES	126
11	CONCLUSÕES	130
12	ANEXOS	133
13	REFERÊNCIAS	178

Apêndices

LISTAS

FIGURAS

Figura 1 - Resultados obtidos pela revisão bibliográfica no Portal BIREME	7
Figura 2 - Resultados obtidos pela revisão bibliográfica no Portal WEB OF SCIENCE	8
Figura 3 - Resultados obtidos pela revisão bibliográfica no Portal SCOPUS	8
Figura 4 - Resultados obtidos pela revisão bibliográfica no PORTAL DA SAÚDE (PROQUEST PSYCHOLOGY JOURNALS).....	9
Figura 5 - Resultados obtidos pela revisão bibliográfica no Portal PUBMED	9
Figura 6 - Fluxograma dos pacientes do estudo	39

GRÁFICOS

Gráfico 1 - Distribuição da porcentagem (%) dos indivíduos, de acordo com a escolaridade	53
--	----

TABELAS

Tabela 1 - Medidas descritivas dos dados sociodemográficos da totalidade da amostra	52
Tabela 2 - Medidas descritivas da idade, número de filhos, número de coabitantes e renda segundo o grupo.....	54
Tabela 3 - Distribuição da frequência (N) e porcentagem (%) dos indivíduos, de acordo com o estado civil e o grupo	55
Tabela 4 - Distribuição da frequência (N) e porcentagem (%) dos indivíduos, de acordo com a escolaridade e os grupos	55
Tabela 5 - Distribuição da frequência (N) e porcentagem (%) dos indivíduos, de acordo com a presença de transtornos do humor e os grupos	56
Tabela 6 - Distribuição da frequência (N) e porcentagem (%) dos indivíduos, de acordo com a presença de transtornos fóbico-ansiosos e obsessivo-compulsivo (TOC) e os grupos	57
Tabela 7 - Distribuição da frequência (N) e porcentagem (%) dos indivíduos, de acordo com a presença de transtornos relacionados ao uso de álcool e os grupos.....	57
Tabela 8 - Distribuição da frequência (N) e porcentagem (%) dos indivíduos, de acordo com os diagnósticos de parafilias e os grupos	59
Tabela 9 - Distribuição da frequência (N) e porcentagem (%) dos indivíduos, de acordo com a presença de depressão e os grupos (variável qualitativa)	60
Tabela 10 - Medidas descritivas dos escores do Inventário de Depressão de Beck estratificadas por períodos (variável quantitativa)	61
Tabela 11 - Medidas descritivas dos escores do Inventário de Depressão de Beck estratificadas por grupos e períodos (variável quantitativa)	62
Tabela 12 - Estatística Tipo-ANOVA para os escores do Inventário de Depressão de Beck, de acordo com os grupos e períodos de estudo (variável quantitativa)	62

Tabela 13 - Distribuição da frequência (N) e porcentagem (%) dos indivíduos no primeiro período do estudo, de acordo com a presença de depressão e os grupos (variável dicotômica qualitativa)	63
Tabela 14 - Distribuição da frequência (N) e porcentagem (%) dos indivíduos no segundo período do estudo, de acordo com a presença de depressão e os grupos (variável dicotômica qualitativa)	63
Tabela 15 - Distribuição da frequência (N) e porcentagem (%) dos indivíduos no terceiro período do estudo, de acordo com a presença de depressão e os grupos (variável dicotômica qualitativa)	64
Tabela 16 - Medidas descritivas dos escores da Escala de Qualidade de Vida estratificadas por períodos.....	65
Tabela 17 - Medidas descritivas dos escores da Escala de Qualidade de Vida estratificadas por grupos e períodos.....	65
Tabela 18 - Estatística Tipo-ANOVA para os escores da Escala de Qualidade de Vida, de acordo com os grupos e períodos de estudo	66
Tabela 19 - Medidas descritivas dos escores da Escala de Adequação Social estratificadas por períodos.....	66
Tabela 20 - Medidas descritivas dos escores da Escala de Adequação Social, de acordo com os grupos e períodos do estudo	67
Tabela 21 - Estatística Tipo-ANOVA para os escores da Escala de Adequação Social, de acordo com os grupos e períodos de estudo	67
Tabela 22 - Medidas descritivas dos escores da Escala de Ansiedade IDATE (estado), de acordo com os períodos do estudo.....	68
Tabela 23 - Medidas descritivas dos escores da Escala de Ansiedade IDATE (estado), de acordo com os grupos e períodos do estudo	68
Tabela 24 - Estatística Tipo-ANOVA para os escores da Escala de Ansiedade IDATE (estado), de acordo com os grupos e períodos de estudo	69
Tabela 25 - Medidas descritivas dos escores da Escala de Ansiedade IDATE (traço), de acordo com os períodos do estudo	69
Tabela 26 - Medidas descritivas dos escores da Escala de Ansiedade IDATE (traço), de acordo com os grupos e períodos do estudo	70

Tabela 27 - Estatística Tipo-ANOVA para os escores da Escala de Ansiedade IDATE (traço) estratificada por grupos e períodos	70
Tabela 28 - Distribuição da média (DP) dos escores das questões que apresentaram diferenças estatisticamente significantes <i>entregrupos</i> ou <i>intragrupos</i> , de acordo os grupos e períodos do estudo (DRFS)	72
Tabela 29 - Medidas descritivas dos escores da questão Q3, de acordo com os períodos do estudo (DRFS)	75
Tabela 30 - Medidas descritivas dos escores da questão Q3, de acordo com os grupos e os períodos do estudo (DRFS)	76
Tabela 31 - Medidas descritivas dos escores da questão Q5, de acordo com os períodos do estudo (DRFS)	76
Tabela 32 - Medidas descritivas dos escores da questão Q5, de acordo com os grupos e períodos do estudo (DRFS)	77
Tabela 33 - Medidas descritivas dos escores da questão Q6, de acordo com os períodos do estudo (DRFS)	78
Tabela 34 - Medidas descritivas dos escores da questão Q6, de acordo com os grupos e períodos do estudo (DRFS)	78
Tabela 35 - Medidas descritivas dos escores da questão Q7, de acordo com os períodos do estudo (DRFS)	79
Tabela 36 - Medidas descritivas dos escores da questão Q7, de acordo com os grupos e períodos do estudo (DRFS)	79
Tabela 37 - Medidas descritivas dos escores da questão Q8, de acordo com os períodos do estudo (DRFS)	80
Tabela 38 - Medidas descritivas dos escores da questão Q8, de acordo com os grupos e períodos do estudo (DRFS)	81
Tabela 39 - Estatística Tipo-ANOVA para os escores da questão Q8, de acordo com os grupos e períodos de estudo (DRFS)	81
Tabela 40 - Medidas descritivas dos escores da questão Q9, de acordo com os períodos do estudo (DRFS)	82
Tabela 41 - Medidas descritivas dos escores da questão Q9, de acordo com os grupos e períodos do estudo (DRFS)	82

Tabela 42-Medidas descritivas dos escores da questão Q10, de acordo com os períodos do estudo (DRFS)	83
Tabela 43 - Medidas descritivas dos escores da questão Q10, de acordo com os grupos e períodos do estudo (DRFS)	83
Tabela 44 - Medidas descritivas dos escores da questão Q13, de acordo com os períodos do estudo (DRFS)	84
Tabela 45 - Medidas descritivas dos escores da questão Q13, de acordo com os grupos e períodos do estudo (DRFS)	85
Tabela 46 - Medidas descritivas dos escores da questão Q16, de acordo com os períodos do estudo (DRFS)	86
Tabela 47 - Medidas descritivas dos escores da questão Q16, de acordo com os grupos e períodos do estudo (DRFS)	86
Tabela 48 - Medidas descritivas dos escores da variável CS, de acordo com os períodos do estudo	87
Tabela 49 - Medidas descritivas dos escores da variável CS, de acordo com os grupos e períodos do estudo	88
Tabela 50- Distribuição da frequência (N) e porcentagem (%) dos indivíduos, de acordo com os grupos e as respostas da primeira questão (Q1) no período 1 (Q1_1) e no período 2 (Q1_2) (ICG)	90
Tabela 51 - Distribuição da frequência (N) e porcentagem (%) dos indivíduos, de acordo com as respostas da primeira questão (Q1) no período 2 (Q1_2) e no período 3 (Q1_3) (ICG)	91
Tabela 52- Distribuição da frequência (N) e porcentagem (%) dos indivíduos, de acordo com a resposta da questão 2 no segundo período do estudo (Q2_2) e os grupos (ICG)	92
Tabela 53- Distribuição da frequência (N) e porcentagem (%) dos indivíduos, de acordo com a resposta da questão 2 no terceiro período do estudo (Q2_3) e os grupos (ICG)	92

SIGLAS

BIREME	Biblioteca Regional de Medicina
CDSR	Revisões Sistemáticas Cochrane
CONSORT	Consolidated Standards of Reporting Trials
DARE	Revisões sistemáticas avaliadas
ICTRP	International Clinical Trials Registry Platform
LILACS	Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde
MEDLINE	Medical Literature Analysis and Retrieval System Online
NLM	United States National Library of Medicine
OMS	Organização Mundial da Saúde
UTN	Universal Trial Number

ABREVIATURAS

APA	Associação Psiquiátrica Americana
CBT	Cognitive behavioral therapy
CID – 10	Código Internacional de Doenças – 10ª. Edição
DRFS	Diário de Relações e Fantasias Sexuais
DSM–4–TR	Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais – 4ª. Edição – Texto Revisado
DSM–5	Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais – 5ª. Edição
EUA	Estados Unidos da América do Norte
g.l.	Graus de liberdade
GnRH	Hormônio liberador de gonadotrofina
HCFMUSP	Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo
ICG	Escala de Impressão Clínica Global
ISRS	Inibidores seletivos da recaptação de serotonina
ProSex	Programa de Estudos em Sexualidade
QA	Estatística do teste tipo-ANOVA
USP	Universidade de São Paulo
5HT	5-hidroxitriptamina

RESUMO

Oliveira Jr WM. *Impacto da psicoterapia sobre a escolha dos parceiros sexuais de parafílicos em tratamento medicamentoso* [tese]. São Paulo: Universidade de São Paulo, Faculdade de Medicina, 2015.

INTRODUÇÃO: Pacientes com diagnóstico de parafilias e de transtornos relacionados às parafilias ocupam a atenção pública e clínica por se tratarem de indivíduos potencialmente inconvenientes, causadores de problemas à sociedade e a si próprios. Caracteristicamente, apresentam padrões invulgares de comportamento sexual e distinguem-se pela escolha de parcerias ou de contextos sexuais incomuns. **JUSTIFICATIVA:** O tratamento atual leva em consideração *comportamentos*, *fantasias* e *necessidades sexuais* parafílicas e procura modificá-los por meio de psicoterapia cognitivo-comportamental, medicação antidepressiva e antiandrogênica. Apenas a supressão destes comportamentos tem se mostrado insatisfatória e ainda apresenta altas taxas de reincidência. Não há resultados publicados sobre a efetividade de um novo tratamento psicoterapêutico, cujo foco esteja voltado para a identificação e a reestruturação da identidade sexual e cujo principal objetivo seja o de promover maior contato destes pacientes com parcerias sexuais convencionais. **MÉTODO:** A intervenção foi testada por meio de ensaio clínico de tratamento, randomizado, placebo controlado e unicego, realizado com dois grupos paralelos: experimental (N=6) e controle (N=8). Todos os pacientes apresentavam diagnóstico de parafilias e foram medicados com inibidores seletivos da recaptação de serotonina. As intervenções psicoterapêuticas duraram dezesseis semanas com frequência de uma sessão por semana. As mudanças comportamentais foram monitoradas por meio de um diário e as comorbidades psiquiátricas, a qualidade de vida e a adequação social foram avaliadas por meio de escalas psicométricas, nos três períodos do estudo: início, término e seguimento pós-intervenção. **RESULTADOS:** Não houve melhora estatisticamente significativa dos escores de depressão, qualidade de vida e adequação social para ambos os grupos. O grupo experimental apresentou tendência de melhor resposta

para depressão ao se tomar esta variável de forma categorial. Ambos os grupos apresentaram: maior incapacidade de adequação social (comparados a populações não clínicas); tendência de aumento do estado de ansiedade; melhora clínica global e redução dos índices de gravidade das parafilias. Houve diferenças estatisticamente significantes *entre* os grupos. Para o grupo experimental: aumento de fantasias e masturbações normofílicas; maior procura por contatos eróticos normofílicos e diminuição de fantasias para-fílicas. Porém, houve diminuição de contatos íntimos normofílicos (beijos, abraços e carícias) para este grupo. Houve diferenças estatisticamente significantes *intragrupos*. Para o grupo experimental: redução de contatos íntimos para-fílicos e totais (para-fílicos e normofílicos). Para o grupo placebo: aumento de relações sexuais para-fílicas e da totalidade das fantasias sexuais (para-fílicas e normofílicas). **CONCLUSÕES:** Os defechos favoráveis observados no grupo de intervenção evidenciaram a importância em se identificar e trabalhar psicoterapeuticamente o impedimento que os para-fílicos apresentam de se relacionar com parcerias sexuais normofílicas, uma vez que para o grupo experimental as mudanças positivas observadas no comportamento, fantasias e necessidades sexuais caminharam em direção a padrões convencionais.

Descritores: Ensaios clínicos controlados aleatórios como assunto; Psicoterapia; Sexualidade; Parceiros sexuais; Comportamento sexual; Parafilia; Pedofilia; Exibicionismo; Fetichismo (psiquiátrico); Violência sexual.

SUMMARY

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

INTRODUCTION: Patients diagnosed with paraphilia and paraphilia-related disorders have public and medical attention drawn to them because they are potentially disturbing individuals who cause problems to society and to themselves. Typically, they show unusual patterns of sexual behavior and make unusual choices related to sexual partners or sexual contexts. RATIONALE: Current treatment considers *paraphilic behaviors, fantasies, and urges*, trying to change these symptoms using cognitive-behavioral psychotherapy, antidepressants, and anti-androgen medication. The elimination of these behaviors has proved unsatisfactory and still has high recurrence rates. We could not find in the literature any studies on the effectiveness of a new psychotherapeutic treatment focused on identifying and restructuring the patients' sexual identity to allow for the promotion of contact between these patients and conventional sexual partners. METHOD: We conducted a randomized, placebo-controlled, single-blind clinical trial with two groups: experimental (N = 6) and control (N = 8). All patients were diagnosed with paraphilia and were treated with selective serotonin reuptake inhibitors. The psychotherapeutic interventions lasted sixteen weeks, and its frequency was one session a week. Behavioral changes were monitored using a diary, whereas psychiatric comorbidities, quality of life, and social adequacy were assessed using psychometric scales in the three study periods: baseline, end, and post-intervention follow-up. RESULTS: There was no significant improvement of depression, quality of life, and social adequacy scores for both groups. The experimental group showed a trend toward better response to depression when we considered this as categorical variable. Both groups showed higher inability of social adequacy (when compared with non-clinical populations); tendency of increased state of anxiety; improvement of overall clinical status, and reduced levels of paraphilia severity. There were

statistically significant differences *between* the groups. The experimental group showed increased frequency of normophilic fantasies and masturbation; increased demand for normophilic erotic contact, and decreased paraphilic fantasies. However, there was a decrease in normophilic intimate contact (kisses, hugs, and caresses) in this group. There were statistically significant *intragroup differences*. The experimental group had reduced paraphilic and total (paraphilic and normophilic) intimate contact. The placebo group had increased paraphilic sexual intercourse and higher frequency of sexual fantasies (paraphilic and normophilic). **CONCLUSIONS:** The positive outcomes found in the intervention group showed the importance of psychotherapy in identifying and treating the paraphilic patients' impediments that prevent them from having relationships with normophilic sexual partners. This was reinforced by the finding that the experimental group showed positive changes in terms of sexual behaviors, fantasies, and urges, which were closer to conventional standards.

Descriptors: Randomized controlled trials as topic; Psychotherapy; Sexuality; Sexual partners; Sexual behavior; Paraphilias; Pedophilia; Exhibitionism; Fetishism (psychiatric); Sexual violence.

INTRODUÇÃO

1 INTRODUÇÃO

Historicamente, a noção de que os comportamentos sexuais podem se apresentar de formas convencional e não convencional, surgiu com a definição adotada pela Associação Psiquiátrica Americana. De acordo com ela, o comportamento sexual convencional é aquele em que as relações sexuais são realizadas entre dois seres humanos adultos e vivos e cuja finalidade seja prazer e/ou procriação (APA, 1987).

Os considerados não convencionais seriam aqueles em que as preferências são distintas às que ocorrem para a maioria das pessoas. Podem se distinguir em relação ao objeto sexual, à idade dos parceiros ou à natureza da atividade sexual. Os transtornos da preferência sexual e os transtornos relacionados às parafilias (masturbação compulsiva, dependência por sexo virtual), são exemplos dessa condição (Kafka; Hennen, 2003).

Os transtornos de preferência sexual caracteristicamente são padrões insólitos do comportamento sexual. Distinguem-se pela escolha de parceria e contextos sexuais específicos e incomuns, por exemplo: cadáveres, animais, crianças, objetos excêntricos (fetiches), pessoas que trajam extravagantes roupas confeccionadas em couro ou vinil, circunstâncias sexuais específicas (provocação ou recebimento de dor, humilhação e sofrimento) e prazer sexual obtido por meio do contato com urina ou fezes.

Parafilia é o termo empregado para diversos comportamentos sexuais não convencionais que geralmente encontram-se fora do controle do indivíduo. *Para* significa “junto, ao lado de”, na acepção de oposição ou defeito e *filia* significa “predileção, atração” (Houaiss, 2001). Desta forma a palavra traz a ideia de atração sexual oposta e incomum à praticada pelas pessoas em geral, sendo que pode ser experimentada com aflição ou sofrimento. Objetos, imagens e atividades eróticas sexuais invulgares ocupam o lugar daqueles que são convencionais. Assim, um indivíduo com fetiche por roupas de couro, por exemplo, sente como necessário e angustiante esse acessório, para obter satisfação sexual completa, ao mesmo tempo em que um parceiro

ou parceira desejado se torna insuficiente para ele (Schwartz, 2008). A ilicitude ou a necessidade de que o comportamento seja secretamente realizado são características tipicamente encontradas nas parafilias e em alguns dos transtornos relacionados às parafilias. Indivíduos que assistem a pessoas mantendo relações sexuais em casas de *swing* ou que praticam compulsivamente atividades sexuais promíscuas em banheiros públicos são alguns dos exemplos mais frequentemente encontrados (Schwartz, 2000).

O DSM-4-TR (APA, 2002) caracteriza as parafilias por anseios, fantasias ou comportamentos sexuais recorrentes e intensos que envolvem objetos não humanos, atividades ou situações incomuns tais como sofrimento ou humilhação própria ou do parceiro. São exemplos dessas atividades as relações sexuais com crianças (pedofilia); animais (zoofilia); com auxílio obrigatório de objetos inanimados, chamados “fetiches” (fetichismo); excitação sexual com dor, sofrimento ou humilhação, provocados ou sofridos (sadomasoquismo); padrões de excitação sexual envolvendo exibição da genitália para estranhos (exibicionismo) e a observação de indivíduos em situações íntimas, ou seja, despindo-se, banhando-se ou mantendo relações sexuais (*voyeurismo*).

As fantasias e estímulos parafilícos são obrigatórios para a excitação erótica e são sempre incluídos na atividade sexual para alguns dos parafilícos. Para outros, as preferências parafilícas ocorrem episodicamente e a pessoa pode se relacionar na ausência deste tipo de estímulo sexual. Estes comportamentos ou fantasias levam a sofrimento clinicamente significativo e/ou prejuízo do funcionamento de áreas importantes da vida do indivíduo, tais como relações interpessoais, profissionais, dentre outras, e devem estar presentes por pelo menos seis meses (APA, 2002). Langstrom e Hanson (2006) e Schwartz, (2008) observaram que frequentemente as parafilias encontram-se associadas ao comportamento sexual compulsivo.

O DSM-5 trouxe algumas modificações para a descrição clínica das parafilias. A principal mudança foi a inclusão de duas categorias: *comportamentos parafilícos* e *transtorno parafilíco*. Para o DSM-5, uma

parafilia é condição necessária, mas não suficiente para o diagnóstico de um transtorno parafílico. Dois critérios precisam ser preenchidos para se faça o diagnóstico de transtorno parafílico. O **critério A** especifica a natureza qualitativa da parafilia (por exemplo, foco em crianças ou em expor os genitais a estranhos) e o **critério B** especifica as consequências negativas da parafilia (por exemplo, angústia ou sofrimento, prejuízo ou dano ao próximo ou a si mesmo). Mantendo-se a distinção entre parafilias e transtorno parafílico, o termo *diagnóstico* deve ser reservado aos indivíduos que preenchem tanto o **critério A** como o **critério B** para uma parafilia em particular. Assim, caso um indivíduo apresente o **critério A**, mas não o **critério B** para uma parafilia em particular – por exemplo, quando se constitui num achado durante uma pesquisa de outra condição clínica ou em outra circunstância qualquer – o indivíduo deve ser notificado de que possui uma parafilia, mas não um transtorno parafílico (APA, 2013).

Ainda de acordo com o DSM-5, a comparação das fantasias, das urgências sexuais e do comportamento sexual parafílico com os comportamentos, fantasias e urgências sexuais normofílicas é avaliada durante a realização da entrevista clínica com o paciente. O médico deve questionar se estes comportamentos, fantasias e urgências são mais fracos, aproximadamente iguais ou mais intensos do que os interesses normofílicos (APA, 2013).

Na prática clínica, encontram-se indivíduos que expressam desejos sexuais intensos, recorrentes, de forma compulsiva e com sofrimento psíquico, preferencialmente por parceiros inusitados, tais como idosos, amputados ou que apresentem mau cheiro, por exemplo e frequentemente têm a sensação de perda de controle (Kaul; Duffy, 1991; Kolla; Zucker, 2009). Nem o DSM-4-TR e o DSM-5 listaram em seus critérios diagnósticos estas condições vistas com alguma frequência na prática clínica e que são ainda pouco investigados.

Atualmente o tratamento preconizado destas condições visa eliminar os sintomas e tais comportamentos sexuais, principalmente por meio do uso

de ISRS e de neurolépticos (Codispoti, 2008; Guay, 2009; Thibaut et al., 2010) ou de abordagens psicoterapêuticas (Guay, 2009; Kaplan et al., 2010). No entanto, não há consenso, do ponto de vista comportamental e psicológico, do que faz estes indivíduos direcionarem seu comportamento sexual para parceiros com características tão específicas.

Justifica-se o desenvolvimento deste estudo por se propor uma intervenção inédita que, ao invés de focar o trabalho no objeto parafílico – fonte de sofrimento e foco das abordagens psicoterapêuticas atuais – procura mobilizar para o tratamento psicoterápico outra natureza de *angústia*. Trata-se da angústia de se relacionar com os parceiros convencionais, o que poderia contribuir para a construção de comportamento sexual mais adaptativo.

REVISÃO DA LITERATURA

2 REVISÃO DA LITERATURA

2.1 Bases de pesquisa

Foram utilizadas oito bases de pesquisa para a revisão da literatura, por meio de diversos portais: MEDLINE (NLM), via Portal PUBMED¹; SCOPUS²; WEB OF SCIENCE³; PROQUEST PSYCHOLOGY JOURNALS, via PORTAL DE EVIDÊNCIAS EM SAÚDE⁴ e mais quatro bases via portal BIREME⁵: CENTRAL – Registro de ensaios clínicos controlados; LILACS; DARE e CDSR.

Outras publicações foram incluídas a partir das referências bibliográficas obtidas pelos artigos incluídos na revisão original.

A estratégia de pesquisa utilizada incluiu os seguintes termos: “Paraphilia”; “Paraphilic related disorder”; “Paraphilic disorder”; “Psychotherapy”; “Cognitive behavior therapy”; “CBT”; “Clinical trials”, “RCT” e “Psychodynamic”.

Os critérios de inclusão dos artigos foram:

- Artigos, cartas, editoriais e livros em Língua Inglesa, Espanhola ou Portuguesa;
- Artigos em geral sobre parafilias e transtornos relacionados às parafilias;
- Ensaios clínicos;
- Artigos, cartas, editoriais e livros com temas relacionados à etiologia, ao tratamento, à evolução e ao prognóstico das parafilias e dos transtornos relacionados às parafilias.

¹ Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed>

² Disponível em: <http://www.elsevier.com/online-tools/scopus>

³ Disponível em:

http://apps.webofknowledge.com/UA_GeneralSearch_input.do?product=UA&search_mode=GeneralSearch&SID=1Er6XTSwm6DmNP56IKO&preferencesSaved=

⁴ Disponível em: <http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/principal/periodicos>

⁵ Disponível em: www.bireme.br

Os critérios de exclusão foram:

- Artigos, cartas, editoriais e livros em outras Línguas que não as do critério de inclusão;
- Artigos, cartas, editoriais e livros não relacionados ao tema *específico* da pesquisa.

As Figuras 1 a 5 apresentam os resultados obtidos pela revisão bibliográfica, para cada um dos Portais (e suas bases) utilizados.

Figura 1 - Resultados obtidos pela revisão bibliográfica no Portal BIREME

Figura 2 - Resultados obtidos pela revisão bibliográfica no Portal WEB OF SCIENCE

Figura 3 - Resultados obtidos pela revisão bibliográfica no Portal SCOPUS

Figura 4 - Resultados obtidos pela revisão bibliográfica no PORTAL DA SAÚDE (PROQUEST PSYCHOLOGY JOURNALS)

Figura 5 - Resultados obtidos pela revisão bibliográfica no Portal PUBMED

2.2 Prevalência e Etiologia

Segundo Berlin et al. (1995) e Seligman (1998) há grande dificuldade em se determinar qual a prevalência das parafilias. Afirmam que, geralmente, os dados são obtidos indiretamente a partir da taxa de abuso sexual sofrido pelas vítimas e apresentam grande variabilidade, dependendo de cada parafilia e das amostras utilizadas. Muitos dos comportamentos sexuais não

convencionais são ilegais e frequentemente os dados são omitidos pelos indivíduos em pesquisas populacionais. No Brasil, dados de pesquisa realizada com 7.022 indivíduos das cinco regiões do País evidenciou que 52,3% dos homens apresentaram, pelo menos uma vez, algum comportamento sexual não convencional ao longo de suas vidas, muitos deles presentes nas parafilias (Oliveira Jr; Abdo, 2010).

A literatura sobre a etiologia deste transtorno aponta para explicações não consensuais e por vezes antagônicas, do ponto de vista *neurobiológico* e *psicopatológico* (este geralmente baseado em teorias de desenvolvimento da identidade sexual). Neste trabalho, será dado foco maior para a explicação etiológica, de base psicodinâmica, a qual representa a essência que será utilizada, reconhecendo-se, no entanto, a falta de evidências científicas robustas sobre este tema.

2.2.1 Neurobiologia

Há algumas evidências biológicas que mostram a influência exercida pela qualidade do apego propiciado pelos cuidadores aos bebês (logo nos primeiros meses de vida) sobre a formação de padrões de relacionamento amoroso na vida adulta. Ligações afetivas precárias ou problemáticas na relação bebê-cuidador(a) são capazes de provocar estresse suficiente para reduzir os níveis de 5HT e diminuir a ação da ocitocina e vasopressina, além de aumentar a liberação de corticóides, o que pode levar a danos na região hipocampal e do *striatum*. Estas complexas mudanças neurobiológicas podem propiciar o desenvolvimento de comportamentos sexuais anômalos na vida adulta (Carter, 1998; Catalani et al., 2000; Legros, 2001; Beech; Mitchell, 2005).

Diversos estudos realizados com compulsivos sexuais e parafilicos têm demonstrado que as parafilias, em especial a pedofilia, estão relacionadas predominantemente a alterações nos lobos frontais e/ou temporais (Mendez et al., 2000; Burns et al., 2003; Mendez; Shapira, 2011).

A hipersexualidade pode ser encontrada em doenças subcorticais na área não motora do gânglio basal, hipotálamo ou núcleo septado (Mendez; Shapira, 2011). Também é comum na demência (em que regiões frontal ou corticais estão afetadas) bem como na desinibição sexual presente na epilepsia do lobo temporal. Pacientes com *Síndrome de Tourette*, os quais apresentam desinibição do sistema límbico e pacientes com lobotomia frontal frequentemente apresentam hipersexualidade. Esta também costuma ocorrer durante o tratamento com agonistas dopaminérgicos para a Doença de Parkinson (Kaplan; Krueger, 2010).

De maneira geral, a pedofilia parece estar associada a distúrbios e alterações volumétricas de estruturas cerebrais comparativamente a controles. Estas regiões cerebrais (frontal; temporal; córtex parietal; sistema límbico e estruturas subcorticais, tais como hipotálamo e *striatum*) estão envolvidas com funções sexuais (Hucker et al., 1986; Wright et al., 1990; Krueger; Kaplan, 2001; Jordan et al., 2011a).

Os pedófilos, por exemplo, parecem apresentar redução volumétrica da amígdala direita, quando comparados aos controles, bem como redução da substância cinzenta em hipotálamo (bilateralmente), regiões septais, *substantia innominata* e *striatum* (Schiltz et al., 2007). Schiffer et al. (2007) encontraram redução volumétrica de substância cinzenta em dezoito pedófilos comparados a vinte e quatro indivíduos normais, nas seguintes estruturas: córtex orbitofrontal, ínsula, *striatum* ventral, cerebelo e alguns giros do sistema límbico (giro cingulado e giro parahipocampal).

Ao lado destas alterações morfológicas, são descritas também alterações funcionais, sobretudo para a pedofilia. Em estudo de imagem funcional, após estímulo sexual visual, observou-se maior resposta hemodinâmica em um paciente pedófilo homossexual do que em dois controles heterossexuais nas seguintes regiões: córtex visual; tronco encefálico; gânglio basal; giro fusiforme; cíngulo anterior; córtex pré-frontal direito e córtex orbitofrontal (Dressing et al., 2001). De forma geral, como dito anteriormente, as modificações funcionais observadas na pedofilia parecem

ocorrer predominantemente em regiões cerebrais envolvidas com a resposta sexual (regiões corticais das áreas frontal, temporal, parietal e occipital, além dos circuitos límbicos e de áreas subcorticais como hipotálamo, ínsula ou gânglio basal).

As comparações entre os diversos estudos sobre este tema se torna tarefa bastante complexa, uma vez que são aplicados diferentes desenhos, com diferentes grupos de pacientes e condições experimentais. Ademais, para algumas regiões cerebrais, os estudos apontam maior e também menor ativação nas áreas de interesse.

A partir dos resultados de estudos de imagem e de imagem funcional, acredita-se que a região frontal (especialmente orbitofrontal) e regiões occipitais e temporais façam parte do componente cognitivo da excitação sexual e estejam envolvidas nos processos de percepção excitatória, atencional e de avaliação durante a excitação sexual. Acredita-se que o córtex orbitofrontal esteja ligado à inibição da resposta sexual, quando esta é perigosa ou desvantajosa. Assim, distúrbios nas regiões frontal e têmporo-occipital podem levar à desinibição sexual. O sistema límbico, por sua vez, especialmente a amígdala, está associada ao componente emocional da excitação sexual (prazer com a excitação e percepção da própria ereção peniana). Deficiências estruturais ou funcionais nesta estrutura podem levar a déficits emocionais, associados por sua vez a menor prazer e satisfação sexuais. O hipotálamo, parte do sistema autonômico, está envolvido não só nas respostas cardiovascular e genital, mas também no processo motivacional. O *striatum* pertence ao gânglio basal e se acredita que esteja associado à expressão sexual manifesta. Deficiências estruturais ou funcionais nestas regiões poderiam ser a causa de distúrbios de comportamento sexual e de funções autonômicas (Jordan et al., 2011a).

Do ponto de vista neuroendócrino, a testosterona apresenta papel central na resposta sexual, mas sua associação com as parafilias não é clara (Krueger; Kaplan, 2001). Parece haver disfunção hipotalâmica-hipofisária-gonadal de acordo com pequeno estudo realizado em pedófilos (Gaffney;

Berlin, 1984). Em relação à prolactina, é sugerido que os pedófilos tenham menor concentração plasmática do que os controles (Maes et al., 2001). Os níveis de hormônio luteinizante foram maiores em um grupo de pedófilos, quando comparado aos controles, após a injeção de hormônio liberador de LH (Gaffney; Berlin, 1984). A importância dos opióides para a motivação de comportamentos sexuais também tem sido descrita (Mirin et al., 1980; Szechtman et al., 1981; Beech; Mitchell, 2005).

Estudos *in vitro* e *in vivo* (realizado com animais) têm demonstrado que a serotonina e a prolactina inibem o comportamento sexual, enquanto a norepinefrina (via ativação de adrenorreceptor alfa 1), dopamina, acetilcolina (via ativação do receptor muscarínico), encefalinas, ocitocina, hormônio liberador de gonadotrofina (GnRH), hormônio folículo estimulante (FSH), hormônio luteinizante (LH), testosterona, di-hidrotestosterona, estrógeno e progesterona o estimulam (Guay, 2009).

Os neurotransmissores monoaminérgicos têm sido associados à etiologia dos comportamentos sexuais desviantes (Kafka, 2003). Uma vez que os neurotransmissores dopamina, noradrenalina e serotonina estão envolvidos na regulação autonômica, motivacional e emocional das funções sexuais. Além disto, modulam dimensões psicopatológicas animais e humanas ligadas à impulsividade, ansiedade, depressão, compulsividade e comportamento pró ou antissocial, dimensões estas frequentemente comprometidas nos pacientes parafílicos. Os efeitos colaterais dos antidepressivos (sobretudo dos ISRS), dos psicoestimulantes e dos neurolépticos sugerem que as alterações na neurotransmissão monoaminérgica central podem provocar efeitos substanciais no funcionamento sexual humano (Kafka, 1997).

Genes dos receptores de dopamina (Comings, 1998; Blum et al., 2000; Krueger; Kaplan, 2001), genes *Gts*, em indivíduos com Síndrome de Tourette (Comings, 1994) e gene do receptor de andrógeno também foram implicados a comportamentos sexuais parafílicos (Jordan et al., 2011b). Para este último, tem importância o estudo de seu polimorfismo de repetição CAG, implicado

em traços de personalidade, comportamento manifesto e traços antissociais (Westberg; Eriksson, 2008; Jordan et al., 2011b). Apesar dos estudos sobre este polimorfismo não serem realizados necessariamente em parafílicos, observou-se que indivíduos com repetições mais curtas teriam maior 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 (Cheng et al., 2006; Zitzmann; Nieschlag, 2007; Campbell et al., 2009).

2.2.2 Psicopatologia

Em 1896, Krafft-Ebing associou a psicopatologia da perversão sexual à teoria da degeneração, como sendo uma condição inata e hereditária (Krafft-Ebing, 1965). Desde então, diversas teorias têm sido descritas, pautadas mais na experiência clínica e observacional dos pacientes.

Freud explicou a perversão em termos intrapsíquicos (imaginação e fantasia), conscientes e inconscientes, considerando-a como uma parada ou regressão a um estágio anterior do desenvolvimento da sexualidade infantil, quando na ausência de repressão (defesas intrapsíquicas) (Sulloway, 1979). Observa-se que a maioria das teorias psicológicas e psicopatológicas tem como base este entendimento, porém com explicações distintas.

Pela perspectiva psicopatológica, ao invés de se lançar mão de modelos tradicionais e unidimensionais estáticos da causa de um transtorno, têm-se buscado um entendimento na descrição teórica do desenvolvimento de um sintoma, baseado num contexto evolucionário do indivíduo que tenta a todo custo se adaptar à condição possível de exercer sua sexualidade (Cicchetti; Cohen, 1995). Marshall (1993) destaca que a falha na capacidade do indivíduo obter intimidade nos relacionamentos é uma das principais causas do desenvolvimento e da manutenção dos desvios sexuais.

A má adaptação do indivíduo frente a esta falha pode resultar em diversos sintomas sexuais. A literatura sobre a etiologia dos desvios sexuais,

como dito anteriormente, apresenta diferentes pontos de vista e não são consensuais.

Para Schwartz (2008) alguns indivíduos têm na atividade parafílica uma forma de evitar a intimidade, porque amar os outros (entenda-se, do ponto de vista do desenvolvimento psicológico, “amar os pais”) é fonte de perigo. Segundo ele, as relações afetivas mais estreitas foram necessárias para eles (assim como são para todos), mas ao mesmo tempo, em especial para eles, foram muito estressantes e ainda o são. Sem um clima afetivo adequado vindo dos pais (por abuso infantil, maus tratos, abandono, conflitos frequentes em casa, agressividade dentre outros) a criança se torna ávida por amparo e cuidado, enquanto tem que se adaptar a este clima hostil, ao tentar achar formas de não precisar de cuidado, atenção e amparo, escondendo de si mesma esta necessidade, uma vez que a expectativa é sempre de ser machucada, desapontada e abandonada.

Desta forma, para este autor, suas necessidades são percebidas como algo perigoso e a associação com o medo é inevitável. A solução para a necessidade e o medo seria a parafilia. A pessoa se torna excitada com imagens e objetos ou até mesmo animais, por exemplo, ao invés de se excitar com pessoas. Um fetiche pode promover uma ilusão de controle sobre a situação temida. O objeto não a abandonará nem sequer a machucará, ao mesmo tempo em que pode propiciar conforto e a possibilidade, ainda que inadequada, de descarregar sua sexualidade.

A teoria do apego, descrita por John Bowlby (1973), ressalta a importância das primeiras experiências sensoriais da criança com os cuidadores (mães, pais ou substitutos) nos primeiros anos de vida. Postula-se, desde a década de 70, que a ligação harmônica da mãe com a criança, nos primeiros anos de vida, determinará em grande parte a maturação neurológica de estruturas cerebrais envolvidas com a resposta sexual humana – hierarquicamente de estruturas límbicas, porção intermediária até as estruturas corticais superiores, durante este período crítico do desenvolvimento (Maclean; Kral, 1973).

A forte ligação afetiva da criança com os cuidadores neste período é a janela para uma estrutura psicológica profunda em que se encontram o núcleo de crenças e de modelos de funcionamento interno que vão configurar, durante os dez primeiros anos de vida, o modo como o indivíduo se relacionará afetivamente (chamado *love maps*) (Bowlby, 1973; Fosha, 2003). *Love maps* são representações ou modelos personalizados da *mente-cérebro* que retratam o amor e o programa idealizados da atividade sexual e erótica com o objeto de amor, constituindo projeções de imagens e idealizações ou as próprias atividades concretas com ele (Money, 1986). Assim como Bowlby (1973), Money (1986) acredita que eventos biográficos relacionados que influenciaram o modo como se desenvolveu o apego e os traumas em relação aos cuidadores (abuso, agressividade, abandono, entre outros) podem desorganizar os *love maps*. Para alguns teóricos, o desvio no desenvolvimento dos *love maps* pode resultar em indivíduos que ficaram atrasados, fixados ou regredidos em determinado ponto do desenvolvimento de suas identidades sexuais. Por exemplo, os *love maps* dos molestadores de crianças podem ter ficado fixos e necessitam, por intermédio da psicoterapia, serem desbloqueados. Alternativamente, podem ter seguido um caminho de desenvolvimento distinto (Groth et al, 1982). Utilizando-se o conceito de desenvolvimento psicopatológico, este desvio pode ser entendido quando se observa o desenvolvimento adequado (isto é, apego seguro, modulação normal do impulso, temperamento adaptativo, entrada no grupo social e namoro) (Schwartz, 2008).

Um apego (*attachment*) seguro nos primeiros anos de vida promove a segurança necessária para a criança explorar o meio ambiente, desenvolver sentimentos de empatia para com os outros, ter autoestima positiva e, por último, ter boa qualidade de relacionamentos amorosos, de relacionamentos com amigos e com grupo social (Stroufe, 1995). Problemas ligados ao apego são mais prováveis em pessoas que apresentaram: (1) ruptura com a figura principal de apego (por exemplo, mãe ou substituta) que é percebida como distante, sem muita capacidade para expressão de amor e segurança emocional (mães depressivas, por exemplo), (2) abuso parental (emocional

e/ou sexual) ou a figura de apego é vista ao mesmo tempo como fonte de proteção e perigo, (3) sentimento subjetivo de ser abandonado pela figura de apego, particularmente em momentos de crise ou dificuldade (4) perda da figura de apego por morte ou acidente (Kobak; Hazan, 1991).

Os indivíduos se adaptam a este trauma no apego, tanto abrindo mão de sua necessidade de se apegar a alguém e potencialmente a qualquer ligação afetiva (os chamados evitativos) como se tornando *angustiad*os com a sua necessidade de amor. Ao mesmo tempo, tornam-se muito receosos de serem rejeitados, situação esta muito comum nos compulsivos sexuais. Estes indivíduos são ávidos por amor, mas confundem sexualidade genital com sentimentos de solidão, vazio, abandono. Buscam compensar estes sentimentos através de múltiplas relações sexuais, mas apresentam um distúrbio da intimidade (Kobak; Hazan, 1991). A sexualidade nestes casos é apenas a manifestação das dificuldades de apego. Estes indivíduos *angustiad*os são capazes de manter relações sexuais com múltiplas parcerias sexuais, numa noite, sem se sentirem satisfeitos. Os evitativos podem procurar prostitutas ou um sexo casual e terem relações sexuais mecânicas, sem conexão afetiva ou emocional (Kobak; Hazan, 1991).

Apesar do nível de evidência oferecido pela literatura não ser suficiente e de não haver consenso, observa-se que indivíduos que sofreram abuso sexual ou de outra natureza na infância tendem a repetir estes elementos traumáticos ou de conflitos ambivalentes de apego não resolvidos, ao cometerem abusos sexuais na vida adulta (isto é, fazem com os outros o que fizeram para eles) (Van der Kolk, 1989). É referido que grande porcentagem de pedófilos sofreu na sua própria infância abuso sexual (McElroy et al., 1999; Hughes, 2007; Garrett, 2010; Gosling; Abdo, 2011; Wurtele et al., 2014). Porém a literatura não confirma a relação de causa e efeito entre estas condições.

A teoria do aprendizado social recebeu influências de vários teóricos no final da década de 70 e início da década de 80. O grupo de Finkelhor (Finkelhor, 1984; Araji; Finkelhor, 1985) delineou um modelo de quatro

vertentes, sugerindo, por exemplo, que os abusadores sexuais de crianças são: emocionalmente mais congruentes com as crianças do que com os adultos; excitados sexualmente pelas crianças, bloqueados em suas necessidades sexuais com os adultos e, ao tempo da agressão sexual, os processos de socialização que poderiam prevenir o abuso sexual estavam desinibidos (Marshall; Laws, 2003). A teoria de Finkelhor levava em conta não apenas o aspecto etiológico, mas também a explicação do porquê os abusos sexuais se mantêm. Marshall e Barbaree (1984) apresentaram explicação etiológica mais ampla: procuraram integrar uma gama, desde fatores genéticos, desenvolvimento infantil, experiências condicionantes, influências socioculturais, processos desinibitórios e oportunidade.

Freund (Freund et al., 1983; Freund, 1988) propôs que os abusos sexuais podem ser explicados por meio de distorções que ocorrem no processo convencional de cortejo. Derivou seus estudos sobre o comportamento sexual de animais e postulou que o comportamento sexual de cortejo humano seria composto por quatro fases: procura inicial de potencial parceria sexual; interação pré-táctil, tal como postura; interação táctil e união genital. Baseado neste postulado, Freund sugeriu que os *voyeurs* apresentam distorção na fase 1, os exibicionistas na fase 2, os *frotteuristas* na fase 3 e os estupradores na fase 4.

2.3 Abordagens terapêuticas farmacológicas

As intervenções farmacológicas devem fazer parte de um plano de tratamento mais amplo que inclua a psicoterapia, como por exemplo a terapia cognitivo-comportamental (McConaghy, 1998; Hanson; Morton-Bourgon, 2005). A redução da libido torna os pacientes mais propensos à adesão ao tratamento psicológico, segundo Murray (2000). A escolha do psicofármaco deve levar em consideração a história médica do paciente, a intensidade das fantasias parafilicas, a motivação do paciente e o risco de agressão sexual. Pacientes sob alto risco de cometerem agressões sexuais devem receber o tratamento farmacológico como primeira linha (Thibaut et al., 2010). Não há

consenso na literatura a respeito do tempo adequado de tratamento e na prática clínica costuma-se utilizar os medicamentos pelo tempo mínimo necessário para que o paciente desenvolva vínculo terapêutico com o programa e conscientize-se de seu problema. Por outro lado, há casos em que o tratamento deve se estender por muitos anos (Assumpção et al., 2014). São três as classes principais de medicações utilizadas: antidepressivos, antiandrogênicos esteroidais e agonistas de hormônio liberador de gonadotrofinas. Apesar dos ISRS e dos antipsicóticos não serem aceitos de forma consensual para o tratamento das parafilias, os primeiros são prescritos em mais da metade de todos os programas de tratamento na Alemanha e na América do Norte (McGrath et al., 2009).

2.3.1 Inibidores seletivos da recaptação de serotonina

A serotonina inibe a excitação sexual e reduz a capacidade orgásmica e a ejaculatória (Meston; Frohlich, 2000). Apesar de diversas falhas metodológicas, os estudos têm mostrado que esta classe de antidepressivos apresenta boa eficácia para o tratamento de transtornos parafílicos e de transtornos relacionados às parafilias, sobretudo exibicionismo, masturbação compulsiva e pedofilia (Adi et al., 2002). As principais drogas avaliadas nos estudos são a fluoxetina, a sertralina e a paroxetina. Os ISRS parecem reduzir a excitação sexual, quando esta não se encontra bem controlada por meio da psicoterapia. Pacientes informados e motivados são aqueles que melhor respondem ao tratamento (Assumpção et al., 2014).

2.3.2 Terapia de privação androgênica

No Brasil o uso de antiandrogênicos para o tratamento de parafilias não está aprovado pelo Conselho Federal de Medicina, ainda que o paciente assine um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Os androgênios, tais como a testosterona e a dehidrotestosterona apresentam influência no comportamento sexual, sobretudo em homens (Jordan et al., 2011a). Aumentam a sensibilidade de receptores dopaminérgicos e modulam os

efeitos dos receptores de 5HT_{1A} e 5HT_{1B} que atuam sobre o comportamento impulsivo e agressivo e a redução drástica dos níveis androgênicos é o objetivo central do tratamento de agressores sexuais com parafilias, segundo Rubinow e Schmidt (1996). De acordo com o mecanismo de ação, os tratamentos antiandrogênicos podem ser classificados em esteroidais e os que utilizam os agonistas de hormônio liberador de gonadotrofinas.

São exemplos de antiandrogênicos esteroidais o acetato de medroxiprogesterona e o acetato de ciproterona. Estes apresentam atividade progestacional em adição aos efeitos antiandrogênicos. Por meio de *feedback* no eixo hipotálamo-hipófise há inibição da secreção de hormônio luteinizante, com consequente redução dos níveis circulantes de testosterona e dehidrotestosterona (Assumpção et al., 2014).

Os agonistas de GnRH interrompem a estimulação pulsátil normal e levam à dessensibilização dos receptores de GnRH. Indiretamente, promovem a regulação negativa (*downregulation*) da secreção de hormônio luteinizante, o que conduz o organismo a um hipogonadismo, com drástica redução dos níveis de testosterona. O uso destes medicamentos não está isento de efeitos colaterais, tais como fogachos, astenia, perda de pelos, diminuição do volume testicular, ginecomastia, além de problemas metabólicos como ganho de peso, intolerância à glicose e perda mineral óssea. São exemplos de agonistas de GnRH a triptorrelina, o acetato de leuprolida e o goserelina. Alguns estudos têm mostrado que a associação de tratamento farmacológico (principalmente antiandrogênicos) e psicoterapêutico é aquela que mais apresenta resultados satisfatórios (Rösler; Witztum, 1998; Briken; Kafka, 2007; Garcia; Thibaut, 2011; Assumpção et al., 2014).

2.4 Abordagens psicoterapêuticas

Há crescente consenso entre os clínicos de que os agressores sexuais, incluindo os indivíduos com diagnóstico de parafilias, representam um grupo heterogêneo. A abordagem e o tratamento destes sujeitos apresentam

dificuldades, seja pelas diferenças etiológicas, seja pela presença de distintas psicopatologias, incluindo as próprias parafilias (Saleh; Guidry, 2003). A psicoterapia de grupo tem sido reconhecida como modelo de tratamento para os agressores sexuais (Lothstein, 2001).

2.4.1 Terapia Cognitivo Comportamental

O tratamento psicoterapêutico mais utilizado para as parafilias é a terapia cognitivo-comportamental, a qual tem sido utilizada nas últimas três décadas. Apesar de vários estudos de avaliação de resultados e de metanálises darem suporte sobre sua eficácia, a extensão deles em termos de nível de evidência é ainda insuficiente e mais pesquisa é necessária (Kaplan; Krueger, 2012).

No final dos anos 60 as intervenções comportamentais se baseavam no modelo clássico de condicionamento de Pavlov (1906)⁶ apud Marshall e Laws (2003) e do modelo de Skinner (Skinner, 1953). A parte cognitiva deste processo paulatinamente começou a ganhar espaço no processo terapêutico, considerando-se as percepções, memórias, atitudes, crenças e outros pensamentos como tendo influência direta no comportamento sexual.

A abordagem cognitivo-comportamental, teve início no final dos anos 70, com o foco principal de tratamento dos parafílicos ainda baseado na abordagem comportamental apenas. Marshall e Williams (1975) apontavam para a necessidade de não apenas se modificar as preferências sexuais, mas também promover o aumento de habilidades sociais e educação sexual. A falometria é a avaliação objetiva da excitação genital peniana com dispositivo específico e ganhou força como método diagnóstico e de avaliação de resultados. Durante estímulo sexual, geralmente visual, por meio do objeto parafílico, ela é utilizada para este fim. No entanto, o foco na modificação do comportamento sexual marcou a abordagem das parafilias no início daquela década.

⁶ Pavlov IP. The scientific investigation of the psychical faculties or processes in the higher animals. Science. 1906;24(620):613-9.

Progressivamente, passou a haver destaque para o uso de procedimentos aversivos, tais como choques elétricos moderados nos braços ou pernas dos pacientes, enquanto recebiam estímulos sexuais parafílicos, a fim de se reduzir a excitação sexual desviante (Marshall; Laws, 2003). Vários outros procedimentos também foram utilizados, como por exemplo, uso de odores desagradáveis associados a imagens sexuais desviantes (Laws et al., 1978), uso de imagens de atos sexuais desviantes conjuntamente com imagens aversivas, técnica conhecida como sensibilização encoberta (*covert sensitization*) (Callahan; Leitenberg, 1973); aversão pela vergonha, em que o paciente simula seu ato sexual desviante na presença de terapeutas (Serber, 1970; Wickramasekera, 1976); terapia de saciação, em que o paciente (após ter se excitado com fantasias parafílicas) continua se masturbando por vários minutos, após ter atingido o orgasmo, durante o período refratário.

Outros clínicos também observaram que a simples redução da excitação sexual desviante não era suficiente para a normalização do interesse sexual desviante e algo mais deveria ser feito no sentido de se melhorar o interesse sexual e de excitação para parceiros convencionais. Marquis (1970) descreveu uma técnica conhecida como recondicionamento do orgasmo, em que o indivíduo se masturba, assistindo ou fantasiando com parceiros sexuais convencionais.

Durante a década de 1980, a grande inovação foi a introdução do conceito de adições e de modelos de prevenção de recaídas e o esboço das primeiras classificações taxonômicas, sobretudo após a Conferência realizada no final dos anos 80, na Academia de Ciências de Nova Iorque (EUA). A publicação desta Conferência promoveu a base para todo o futuro trabalho que se desenvolveria mais tarde (Prentky et al., 1988).

A década de 1990 foi caracterizada pela diversidade de programas de tratamento, bem como pelo desenvolvimento de instrumentos para aferição da predição de risco, avanço na classificação dos transtornos e algumas publicações sobre o tema, bem como a observância de aspectos legais da Lei Civil Americana, a emergência de políticas públicas de saúde para estas

condições e a elaboração de estratégias para predição e prevenção das recaídas (Marshall; Laws, 2003).

Atualmente, a avaliação da efetividade do tratamento e das taxas de recidiva apresenta grande dificuldade devido a diversos fatores como: problemas metodológicos dos estudos, ampla variação amostral e de técnicas empregadas, diferenças nos dados para análise, pequenos números amostrais e omissão dos pacientes por crimes sexuais praticados.

Crolley et al. (1998) avaliaram por meio de escalas psicométricas os escores de dezesseis pacientes que completaram tratamento no *Highland Institute for Behavioral Change* (HIBC), um programa especializado no tratamento de agressores sexuais. Observaram melhora clínica e estatisticamente significativa para as medidas realizadas. Apenas um paciente apresentou recidiva no seguimento pós-tratamento que durou vinte e seis meses. Os autores concluíram que há dados suficientes para se afirmar que o tratamento ambulatorial pode ser efetivo na redução do comportamento sexual desviante e na obtenção de comportamento sexual mais adequado. Weiss (1997) apresentou resultados de taxa de recidiva de 17,1 % em 953 pacientes tratados ao longo de doze anos em um programa especializado, de base cognitivo-comportamental na República Checa.

Em estudo retrospectivo de vinte e cinco anos, realizado com 7.275 parafilicos (pedófilos e exibicionistas), as taxas totais de falha no tratamento (abandono prematuro e reincidência) foram de 9,7% para pedófilos heterossexuais, 16,3% para pedófilos homossexuais e de 13,5% para exibicionistas (Maletzky; Steinhauser, 2002).

Em outra metanálise, Hanson et al. (2002) analisaram a efetividade do tratamento psicológico para agressores sexuais em 43 estudos (N=9.454). A taxa de recidiva foi menor para os grupos de tratamento (12,3%) do que os grupos controles (16,8%). O tratamento cognitivo-comportamental foi associado à redução da recidiva do comportamento sexual desviante (de 17,4% para 9,9%).

Lösel e Schmucker (2005) realizaram metanálise em 69 estudos (N=22.181) sobre tratamento de agressores sexuais. Observaram que a taxa de recidiva situou-se em 37% a menos do que nos controles. Dos tratamentos utilizados, o uso de medicações antiandrogênicas e de psicoterapia foram as que obtiveram melhores resultados. Das psicoterapias avaliadas, os resultados mais satisfatórios foram encontrados para a terapia cognitivo-comportamental.

2.4.2 Teoria de evolução da identidade sexual e conceito de parceiro possível e parceiro evitado: uma nova proposta de entendimento e ação

A base teórica que foi utilizada para a realização deste trabalho surgiu da prática clínica. Os resultados de seu emprego, até então, não foram publicados nem testados por meio de metodologia científica. A maior parte das abordagens mantém o foco no próprio objeto parafilico ou na relação do paciente com ele. Como dito anteriormente, o objetivo da maioria das abordagens psicoterapêuticas é dar ênfase à cessação do comportamento parafilico, sem a devida atenção em se criar ou recriar a relação do paciente com os objetos sexuais convencionais.

Esta nova abordagem terapêutica propõe que o foco seja dado na relação do paciente com os objetos sexuais convencionais, buscando-se acessar e tratar a angústia que ocorre nestas situações. Quando os pacientes assumem um caminho paralelo e problemático em sua sexualidade, a angústia que se instala é apenas de ordem circunstancial (chamada de angústia circunstancial) e envolve tão somente problemas sociais, legais, médicos e de relacionamentos interpessoais advindos deste tipo de comportamento.

De acordo com esta teoria, a angústia resultante do transtorno deve ser entendida como aquela ligada à evitação do contato com intimidade, sintonia e cumplicidade com o objeto sexual convencional (chamada de angústia patológica) (Dias, 1994, 2000; Oliveira Jr, 2012). Desta forma, surgiu a

necessidade de se verificar se a proposta terapêutica baseada neste postulado apresenta eficácia na prática clínica, por meios científicos consagrados.

Do ponto de vista da Psicologia e da psicodinâmica, Dias (2000) postula existir uma distinção entre a evolução da *sexualidade* e a evolução da *identidade sexual*. A primeira está relacionada ao amadurecimento do indivíduo no tempo previsto pela nossa espécie e associada à produção dos hormônios sexuais e ao conteúdo genético. Por outro lado, a identidade sexual é o **canal psicológico** por onde esta sexualidade será escoada e descarregada.

A identidade sexual é determinada pelo desenvolvimento psicológico da espécie, de forma que todo indivíduo terá alguma, o que o permitirá descarregar sua sexualidade. A identidade sexual sofre grande influência da interação do indivíduo com seu ambiente psicológico: padrões culturais e morais da comunidade onde vive, relações com a família, internalização de *modelos* de homem e mulher e até mesmo características neuróticas de sua personalidade. A identidade sexual também tem um componente genético, ligado à forma como o indivíduo se sente e se comporta erótica e sexualmente como *macho* ou *fêmea*. Ou seja, admite-se que existam certos padrões de comportamento sexual que são mais frequentes em machos ou fêmeas, assim como ocorre para diversos mamíferos, aves ou répteis, sendo ditados pelos instintos ao longo do processo de evolução das espécies.

O componente psicológico da *identidade sexual*, por sua vez, é bastante influenciado pelo ambiente externo. As crianças a partir do primeiro ano de vida, iniciam um processo de imitação dos pais ou substitutos, aprendendo os comportamentos dos adultos que as rodeiam. Este processo faz parte da internalização psicológica dos *modelos* de homem e de mulher que vêm do pai e da mãe (ou substitutos), respectivamente, bem como das pessoas que fazem parte do universo afetivo da criança nesta fase (infância). Estes *modelos internalizados*, junto com os conceitos morais, religiosos, culturais e filosóficos incorporados, vão contribuir para a formação do *modelo*

masculino internalizado do pai (vindo do pai ou substituto) e do *modelo feminino internalizado da mãe* (vindo da mãe ou substituta). Estes modelos são o substrato dos *modelos masculinos e femininos* e vão fazer parte do componente psicológico da identidade sexual cunhada na puberdade e na adolescência.

Quando o indivíduo apresenta distúrbios na esfera sexual, ligados às dificuldades na estruturação da *identidade sexual*, apresentará *angústia circunstancial*, geralmente associada ao meio social a que pertence, correlacionada a preconceitos e discriminações. Pode também haver *angústia existencial*, devido à necessidade de revisão de projeto de vida, frente à estruturação deficitária de sua *identidade sexual*. Também pode haver *angústia relacional*, ligada aos desencontros relacionais que acontecem em qualquer situação interativa e não apenas aqueles ligados aos aspectos sexuais da relação, mas na vida como um todo, particularmente dificultado nestes indivíduos devido a falhas na estruturação das identidades masculinas e femininas. Por fim, poderá haver a *angústia patológica*, gerada quando estes indivíduos se veem, *deliberada* ou *inadvertidamente*, frente a situações eróticas com determinados parceiros sexuais capazes de provocar a mobilização de partes faltantes de suas identidades masculinas e/ou femininas, que se mostrarão insuficientes para atender à demanda erótica, podendo, assim, gerar quadros de ansiedade e tensão (Dias, 1994, 2000; Oliveira Jr, 2012).

Desta forma, determinados conflitos com as figuras que serviram de modelo masculino (pai ou substituto) e de modelo feminino (mãe ou substituta) poderão gerar bloqueios dos traços de gênero destas figuras, inclusive traços eróticos ligados à expressão da sexualidade dos gêneros masculinos e femininos. A consequência vai ser o bloqueio parcial ou total do modelo preexistente de homem (vindo do pai ou substituto) e/ou de mulher (vindo da mãe ou substituta). O bloqueio do modelo preexistente vai ocasionar a não formação ou a formação incompleta da identidade sexual (Dias, 2000).

O entendimento dos casos de transtorno da preferência sexual, de acordo com esta teoria psicológica, a qual será a base deste trabalho, é de que os parafilícos não puderam estruturar de forma completa sua *identidade sexual*, sendo que os mesmos passam a utilizar os comportamentos sexuais não convencionais como um canal de escoamento **possível** de sua sexualidade, adquirindo, pois, uma *identidade sexual patológica*. Com fim meramente didático, Dias (2000) fez uma analogia da *sexualidade*, entendida aqui como necessidade de descarregar o desejo e o instinto sexual, com as águas de um rio e a *identidade sexual* com o leito deste rio (canal) por onde escoam estas águas. Feita a primeira passagem da água pelo canal, a própria água se encarrega de manter o leito do rio aberto e permeável. Caso este canal tenha sido aberto num local indevido ou de forma indevida, o constante escoamento da água vai tornando definitivo o leito deste rio. Nestes casos, o verdadeiro local onde deveria passar o rio (trajeto este previsto pela espécie) fica sendo apenas um traçado virtual. Assim, uma *identidade sexual* estruturada de modo incompleto vai cristalizar o canal de escoamento da sexualidade num roteiro que não seria esperado (por exemplo, o caminho para práticas ligadas aos transtornos de preferência sexual). Com o passar do tempo, a *sexualidade* vai escoar pelo canal de identidade **possível** e esta se tornará se não a única, a principal forma de como essa pessoa conseguirá descarregar a sua sexualidade.

Outros autores também engajados em teorias psicológicas parecem compartilhar da visão deste mecanismo proposto por Dias (2000). A teoria do aprendizado social afirma que os comportamentos sexuais não convencionais são aprendidos da mesma forma que os comportamentos sexuais convencionais (Laws; Marshall, 1990). Kinsey et al. (1953) afirmaram que os comportamentos sexuais originam-se do aprendizado e do condicionamento, somados à influência de fatores culturais. Tais comportamentos são também reforçados pela masturbação (Laumann et al., 1994). Foucault (1978) propôs que os fatores socioculturais são determinantes na forma como os indivíduos veem e vivem a sua própria sexualidade.

A teoria da “impressão” ou *imprinting* também procura explicar o fenômeno das parafilias (Freund et al., 1997). De acordo com ela, os animais, inclusive seres humanos, são susceptíveis, em determinada etapa da vida, a desenvolverem métodos de estímulo para a excitação sexual que ficam marcados ou “impressos” no repertório sexual. Esta fixação desenvolvida por objetos sexuais não convencionais (parceiros *possíveis* para os parafílicos), consequência, conforme proposto, da incapacidade de se relacionarem com objetos convencionais (parceiros *evitados* para os parafílicos) devido à estruturação falha da identidade sexual, não é explicada a contento por Freund et al. (1997), mas apresenta explicação teórica mais detalhada pela abordagem que será utilizada neste trabalho.

Ainda de acordo com a definição criada por Dias (2000) considera-se *parceiro possível* aquele com o qual está sendo viável um relacionamento erótico e sexual com descarga de sexualidade, ainda que de forma inadequada ou incomum, com parceiros não convencionais, objetos não humanos, atividades ou situações incomuns (é o leito do rio aberto no local inadequado ou não convencional). O *parceiro evitado* é aquele com o qual o indivíduo não consegue estabelecer uma relação erótica e sexual mais completa, são os parceiros convencionais ou os comportamentos sexuais convencionais que não são viáveis, ao menos completamente, para um indivíduo parafílico, devido às falhas ou aos bloqueios no desenvolvimento de sua *identidade sexual*. O contato erótico com eles mobilizará angústia patológica no paciente, já que o mesmo não tem condições de interagir plenamente com o parceiro evitado, justamente por não ter *identidade sexual* completa.

Com o passar do tempo e a utilização frequente da via sexual possível, os traços erotizados e bloqueados dos modelos preexistentes de homem (vindo do pai) e de mulher (vindo da mãe) vão sendo “apagados” do psiquismo do indivíduo e a pessoa perde o contato com os traços que foram bloqueados e com o próprio conflito que originou o bloqueio (Dias, 2000). Portanto, não haverá *angústia patológica*, salvo se o indivíduo com parafilia estiver em

contato erotizado com um parceiro *evitado* (convencional) de forma deliberada ou inadvertida.

Os indivíduos, parafilicos ou não, buscam na atividade sexual, descarregar a tensão e obter o prazer. Esta busca tem sempre o objetivo de satisfazer a *necessidade física e psicológica* de descarregar a sexualidade, mesmo que de forma inadequada ou com objetos sexuais inadequados.

Considerando-se a teoria psicológica que será aplicada neste trabalho, poder-se-ia citar como exemplo o caso dos pedófilos, que têm como *parceiro possível* crianças púberes ou pré-púberes. Com elas, os pedófilos conseguem descarregar a sua sexualidade, ainda que de forma inadequada e criminosa, mas compatível com a fase em que houve a ruptura ou parada no desenvolvimento de sua *identidade sexual*, semelhante ao que sugeriram Freund e Blanchard (1986) e Freund et al. (1997). Todavia, a angústia e o sofrimento neste caso são *apenas* de ordem circunstancial (angústia circunstancial) como por exemplo, ser descoberto ou punido. O *parceiro evitado* para eles é aquele parceiro erotizado, sexualizado e adulto. O contato com ele gera *angústia patológica*, uma vez que mobilizará um repertório sexual o qual o pedófilo não possui, de forma completa, devido à estruturação incompleta da sua *identidade sexual* (Dias, 2000; Oliveira Jr, 2012).

Outro exemplo são os masoquistas ou os sádicos. O *parceiro possível* para eles é aquele que humilha, provoca dor ou sofrimento ou aquele que a isto se sujeita, respectivamente. Com este tipo de parceiro é viável obterem satisfação sexual. O *parceiro evitado* é aquele que tem afeto, carinho e amor. O jogo sadomasoquista é simulado e, na melhor das hipóteses, combinado entre os parceiros. Neste jogo, afeto, carinho e amor são elementos *sistematicamente* evitados. O encontro erótico com um parceiro que tenha estes elementos e que os demonstre gerará *angústia patológica* no paciente sadomasoquista, uma vez que mobilizará modelos de figuras masculinas e femininas internalizados, com os quais teria havido, durante a fase de estruturação da *identidade sexual*, conflitos psicológicos e relacionais vinculados a esses elementos. O contato sexual com o *parceiro possível*

(parceiro sadomasoquista), ocorrerá na ausência de trocas afetivas. Assim, a descarga sexual poderá ocorrer sem mobilizar afeto, carinho e amor e, portanto, sem mobilizar *angústia patológica* (Oliveira Jr, 2012).

Na masturbação compulsiva a sexualidade escoia pelo canal da masturbação, com parceiros erotizados da fantasia, dos filmes e de imagens eróticas, por exemplo. Neste caso, o *parceiro possível* é o da fantasia, dos filmes, das imagens eróticas ou o parceiro virtualmente presente pela câmera de vídeo do computador, ou seja, um parceiro virtual. O *parceiro evitado* é o indivíduo real, erotizado e sexualizado, do mesmo sexo ou não (Dias, 2000).

Um indivíduo com comportamento fetichista, cuja descarga sexual está deslocada para determinado objeto, tem esse objeto como *parceiro possível* e o ser humano erotizado e sexualizado passa a ser o *parceiro evitado* (Dias, 2000).

Em resumo, de acordo com esta teoria, os conflitos psicológicos e relacionais ocorridos com as figuras parentais poderiam comprometer a estruturação completa da *identidade sexual* dos parafílicos. Como consequência, eles buscam parceiros sexuais não convencionais, alternativa *possível* para obterem a satisfação sexual. *Evitam* os parceiros sexuais convencionais, com os quais apresentarão graus variados de dificuldade de relacionamento, conforme também afirmam Marshall (1993) e Potter (2013).

OBJETIVOS

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivos gerais

Avaliar características gerais de pacientes portadores de diagnóstico de parafilias, tais como: dados sociodemográficos, depressão, ansiedade, comorbidades psiquiátricas, adequação social e qualidade de vida.

3.2 Objetivos específicos

a) Avaliar a psicoterapia focada no conceito de *parceiro possível* e *parceiro evitado* e a psicoterapia de apoio, em relação à modificação do padrão de escolhas de parcerias e fantasias sexuais de pacientes parafilicos em tratamento medicamentoso;

b) Comparar essas duas abordagens.

HIPÓTESE

4 HIPÓTESE

A psicoterapia focada no conceito de *parceiro possível* e *parceiro evitado* traz mais mudanças positivas no padrão de escolhas de parcerias e fantasias sexuais do que a psicoterapia de apoio.

MÉTODO

5 MÉTODOS

5.1 Desenho do estudo

Este estudo é um ensaio clínico de tratamento, randomizado, placebo controlado, unicego, com dois braços. O ensaio clínico seguiu as recomendações do CONSORT (Moher et al., 2001).

Contou com a participação de dois auxiliares para procedimentos gerais. Para a parte técnica, dois psiquiatras e três psicoterapeutas com experiência clínica no tratamento de pacientes com diagnósticos de transtorno da preferência sexual e de transtornos relacionados às parafilias.

5.2 Procedimentos Éticos e de Registro

O ensaio clínico foi aprovado pela Comissão de Ética para Análise de Projetos de Pesquisa do HCFMUSP e registrado sob número 0504/11.

Foi identificado pelo UTN: U1111-1141-6085 na Plataforma de Ensaio Clínicos da OMS (ICTRP) e registrado no Registro Brasileiro de Ensaio Clínicos, sob número RBR-7w7ddy.

5.3 Amostra

O recrutamento dos pacientes para a amostra teve início em janeiro de 2013 e o término do seguimento (*follow-up*) ocorreu em janeiro de 2014.

Foram entrevistados 54 pacientes com diagnóstico de diversos transtornos de preferência sexual e transtornos relacionados às parafilias, de acordo com o CID-10 e o DSM-4-TR, matriculados no ProSex do Instituto de Psiquiatria do HCFMUSP. Destes, preencheram critérios de inclusão, tinham disponibilidade para realizarem o estudo e foram, portanto, randomizados 17 indivíduos (31,5% do total elegível). Completaram a intervenção com 70% ou mais de frequência 14 indivíduos (82,3% do total de pacientes randomizados).

Foram utilizados os seguintes critérios de inclusão:

- Sexo masculino;
- Qualquer grupo étnico;
- Idade a partir de 18 anos;
- Capazes de escrever e seguir as instruções e procedimentos do protocolo;
- Pedófilos que apresentassem fantasias sexuais envolvendo crianças (sem acesso a material pornográfico infantil ou prática sexual pedofílica atual);
- Assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Foram excluídos pacientes com:

- Psicoses;
- Uso nos últimos três meses de antidepressivos, antipsicóticos ou outros medicamentos que interfiram na função sexual;
- Tratamento psicoterapêutico nos últimos doze meses;
- Emprego de violência física não consentida;
- Pacientes com história atual de: abuso sexual de crianças, porte, produção, guarda, divulgação ou acesso a material pornográfico envolvendo crianças;
- Pacientes com planejamento explícito de cometer abuso sexual de crianças.

5.4 Randomização

Os sujeitos foram randomizados em dois grupos. Os pacientes não tinham o conhecimento de diferenças específicas do tratamento psicológico, mas sabiam que haveria dois tipos de tratamento e que receberiam um deles.

A randomização para os dois braços do estudo foi feita por dois profissionais independentes, sem vinculação com o tratamento ou avaliação dos pacientes. Ao ser admitido, cada paciente recebeu um número em sequência. Após os procedimentos iniciais de seleção, um dos profissionais independentes utilizou uma tabela de números aleatórios, em sequência horizontal com início no primeiro número do topo da página à esquerda e distribuiu cada paciente em dois grupos. Os nove primeiros pacientes ficaram em um grupo (grupo 1) e os demais oito pacientes, em outro grupo (grupo 2)⁷.

Após isto, o outro profissional independente sorteou qual grupo receberia a intervenção em teste e o sorteado foi o grupo 2. As alocações para os grupos ficaram ocultas em envelopes opacos e selados até o início das intervenções.

Concluíram o estudo com 70% ou mais de presença às sessões e às consultas clínicas oito pacientes (88,9% dos indivíduos randomizados para o *grupo 1*) e seis pacientes (75% dos indivíduos randomizados para o *grupo 2*). A Figura 6 apresenta o fluxograma dos pacientes do estudo.

⁷ Tábua de números aleatórios disponível em:
http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:vQcnwcE3mqMJ:www.netwise.com.br/tropical/amigos/materias/estatistica/tabela_numeros_aleatorios.doc+&cd=1&hl=pt-PT&ct=clnk&gl=br

Figura 6 – Fluxograma dos pacientes do estudo

O Apêndice A traz um resumo da história dos pacientes que foram randomizados para o ensaio clínico. Tem por objetivo ilustrar suas biografias sexuais até o momento em que buscaram tratamento para a condição.

5.5 Procedimentos

5.5.1 Aplicação das escalas e procedimentos diagnósticos

Dois dos instrumentos psicométricos utilizados *não foram validados*: Diário de Relações e Fantasias Sexuais (DRFS) (Anexo A) e Questionário Sobre o Comportamento Sexual (Anexo B). Não obstante, ambos passaram por ajustes, antes do início das intervenções e foram aplicados em vinte pacientes que não puderam participar da pesquisa. O objetivo foi torná-los mais compreensíveis para aplicação.

Todos os pacientes que foram incluídos passaram por quatro visitas, tendo sido realizada uma por semana. Os objetivos destas visitas foram:

- Realizar o diagnóstico clínico de parafilias, de acordo com os critérios diagnósticos do DSM-4-TR (*check-list*) (APA, 2002);
- Orientar o preenchimento do Diário de Relações e Fantasias Sexuais (DRFS), entregue na primeira visita (Anexo A);
- Aplicação do Questionário Sobre o Comportamento Sexual (Anexo B);
- Aplicação do *Mini International Neuropsychiatric Interview* – MINI – *Brazilian Version 5.0.0* – DSM IV (Lecrubier et al., 1997; Sheehan et al., 1997; Amorim, 2000) (Anexo C);
- Aplicação das seguintes escalas psicométricas: *Escala de Adequação Social (EAS)* (Gorenstein et al., 2002) para avaliação de adequação social (Anexo D); *Escala de Qualidade de Vida da OMS – versão resumida (WHOQOL-Bref)* (Fleck et al., 2000) (Anexo E); *IDATE estado e IDATE*

traço (Spielberger, 1983; Gorenstein et al., 2002) para avaliação da ansiedade (Anexo F e Anexo G, respectivamente); *Inventário de Depressão de (BDI)* (Beck et al., 1961; Gorenstein et al., 2002) para avaliação da depressão (Anexo H); *Escala de Impressão Clínica Global (ICG)* (Haro et al., 2003; Zaidar et al., 2003) para o acompanhamento da evolução clínica dos pacientes (Anexo I).

A coleta do Diário de Relações e Fantasias Sexuais (DRFS) se deu ao término das quatro visitas iniciais e compôs, junto com as outras escalas aplicadas, as medidas iniciais (*baseline*). Com exceção da Escala MINI, foram coletados os mesmos dados ao término das intervenções e quatro meses após sua finalização (período de seguimento ou *follow-up*).

As escalas não *autorresponsivas* (*Mini International Neuropsychiatric Interview – MINI* e a *Escala de Impressão Clínica Global – ICG*) foram aplicadas pelo psiquiatra, que permaneceu cego em relação aos grupos de tratamento ao longo de todo o estudo.

5.5.2 Intervenções

5.5.2.1 Intervenção psicoterapêutica

As intervenções psicoterapêuticas tiveram início na semana seguinte do término da aplicação das escalas.

As sessões de psicoterapia, tanto para o *grupo 1* (placebo) como para o *grupo 2* (experimental), foram realizadas em grupo e ocorreram semanalmente, durante os quatro meses de tratamento, totalizando dezesseis sessões para ambos os grupos. A duração de cada sessão foi de 90 minutos.

Os psicoterapeutas receberam supervisão das técnicas psicodramáticas utilizadas, a fim de que se pudessem uniformizar as intervenções psicoterapêuticas. Isto se deu antes do início dos tratamentos. As sessões não foram gravadas em áudio ou vídeo devido à possibilidade de

inibir o grupo a revelar suas intimidades sexuais e comportamentos sexuais. Ao término de cada sessão, os psicoterapeutas elaboraram um relatório simples, no qual constavam os procedimentos e técnicas que foram utilizados, bem como breve resumo dos principais temas com os trechos mais relevantes trazidos pelo discurso de cada paciente, individualmente.

O trabalho psicoterapêutico inicial para ambos os grupos teve características de um **grupo operativo**, em que há uma tarefa (*task*) a ser cumprida (Fernandes, 2003). A tarefa foi a de pesquisar os comportamentos parafilicos dos integrantes do grupo, bem como dar continência às angústias individuais. Procurou-se, portanto, não mobilizar outros conflitos intrapsíquicos que não o sexual e, nem sequer, abordar as defesas intrapsíquicas que surgissem (por exemplo, defesas de atuação histérica, obsessivo-compulsivas, dentre outras). Procurou-se manter o *foco* na explicação do funcionamento sexual humano, na biografia sexual de cada um e no caminho individual percorrido até o presente contexto erótico-sexual.

Até a *sétima* sessão, ambos os grupos receberam intervenções semelhantes e com o mesmo propósito.

Sessão 1:

Criação de um clima de interação entre os pacientes, com jogos de apresentação pessoal (Yozo, 1995). Exposição dos objetivos do trabalho.

Sessão 2:

De maneira geral, para ambos os grupos, trabalhou-se com:

- a) Explicação do funcionamento sexual humano;
- b) Conceito de desejo sexual e sua origem (hormônios e aspectos psicológicos);

- c) Diversas formas de descarregar a energia sexual e direcionamento desta energia sexual para a escolha das primeiras parcerias sexuais;
- d) Estabelecimento de um *clima de aceitação e tolerância* para com eles, a fim de se obter um ambiente (*setting*) terapêutico com empatia e confiança (vínculo terapêutico) entre eles e os terapeutas;
- e) Explicação de que, assim como os outros indivíduos, cada um deles está procurando descarregar suas tensões sexuais, o que caracteriza a fisiologia do desejo sexual. Esclarecimento de como cada um encontra, ao longo da vida, uma forma de realizar isto. A primeira forma que os humanos encontram, geralmente, é a masturbação e, depois, por meio de um(a) parceiro(a) humano(a), adulto(a) e vivo(a);
- f) Esclarecimento de que a maioria das pessoas encontra um caminho convencional para descarregar a energia sexual, com um(a) parceiro(a) humano(a), adulto(a) e vivo(a). Que por alguma razão todos eles (pacientes) tiveram este caminho desviado para objetos sexuais não convencionais e que justamente por isto é que estão apresentando sofrimento e/ou prejuízo em suas vidas;
- g) Esclarecimento de que o problema por eles apresentado não está no desejo em si, mas na forma encontrada por eles para descarregá-lo;
- h) Entendimento de que todos eles encontram-se acossados por um valor moral da sociedade, da família e até mesmo de médicos e terapeutas. Muitos deles até mesmo acossados pela própria consciência destes atos, que geram culpa e sofrimento;
- i) Explicação de mecanismos gerais que os conduziram a esta situação sexual atual (origem no biológico, psicológico e no social).

Sessões 3 a 7:

Foi realizada a caracterização da condição patológica individual dos integrantes do grupo. A técnica eleita foi a da Tribuna (Goffi Jr; Magacho, 2010). Nesta técnica, os pacientes se sentam numa cadeira determinada e têm um tempo limitado (nos dois grupos foi utilizado o tempo de cinco minutos) para falarem sobre o tema sugerido. O tema foi as primeiras experiências sexuais de cada um. Como ocorreu a descoberta do prazer sexual, a educação sexual recebida e a percepção dos traços eróticos dos seus pais. Questionamento de quando eles começaram a perceber que, primordialmente, só descarregavam a energia sexual desta forma não convencional e como cada um chegou neste ponto atual de seu comportamento sexual.

Em cada uma das sessões, os indivíduos passaram pelo menos por duas vezes na tribuna, alternadamente com os outros membros do grupo. Ao término de cada sessão, os terapeutas fizeram um fechamento dos temas debatidos e, na sessão seguinte, com a continuidade da tribuna, os pacientes foram questionados sobre o que pensaram e sentiram ao longo da semana a respeito dos temas levantados na sessão anterior.

Sessão 8 a 10:

A partir da *oitava* sessão cunhou-se uma diferença de intervenção psicoterapêutica entre os dois grupos. O grupo 1 continuou o processo iniciado nas primeiras sessões por meio de tribuna, enquanto o grupo 2 passou a ter como tema principal o *parceiro evitado*. Por meio de tribuna, todos os integrantes do grupo 2 passaram a ser questionados a respeito dos seguintes temas:

- a) Quem seria a parceira convencional por quem teriam atração se a vida não os tivesse conduzido ao parceiro não convencional;
- b) Quais as características físicas, psicológicas e sociais desta parceira;

- c) Qual o sentimento ao imaginar e fantasiar um contato íntimo com esta parceira convencional;
- d) Questionamentos se tiveram, em algum momento de suas vidas, um vislumbre de possibilidade de se relacionar convencionalmente com um ser humano, adulto e vivo com finalidade de prazer e/ou procriação, como faz a maioria das pessoas;
- e) Pesquisa do momento em que começou a haver o desvio sexual de cada um;
- f) Pesquisa da ocorrência de tentativas efetivas de se relacionar com o parceiro evitado (convencional);
- g) Comparação do prazer obtido com o *parceiro possível* (parafilico) e com o *parceiro evitado* (convencional). Quais sensações foram obtidas e se houve sensação de intimidade.

Sessões 11 a 13:

Enquanto o grupo 1 permanecia nos temas das sessões iniciais, o grupo 2 partiu para novos questionamentos, ainda por meio da técnica de tribuna:

- a) Qual é a dificuldade encontrada por cada participante do grupo para atingir a(o) *parceira(o) evitada(o)* (convencional);
- b) Quais as diferenças encontradas no modo de se relacionar (sexualmente, afetivamente e psicologicamente) com a(o) *parceira(o) possível* (não convencional) e com a(o) *parceira(o) evitada(o)* (convencional);
- c) Quais são os temores e medos deste contato com uma(um) *parceira(o) convencional*;
- d) Trabalho imaginativo do contato com a(o) *parceira(o) evitada(o)*;

- e) Sentimentos, emoções, dificuldades e medos de se imaginar relacionando-se com uma(um) *parceira(o) evitada(o)* (convencional);
- f) Caracterização da angústia e do impedimento do contato com a(o) *parceira(o) convencional*.

Sessão 14:

Nesta sessão, para ambos os grupos, foi realizada técnica da Cena de Descarga (Moreno, 1959; Medeiros, 2010). Em vias de se encerrar o trabalho psicoterapêutico, é comum o grupo passar por um “superaquecimento” psicológico. Os ânimos, expectativas e a ansiedade de todo o grupo aumentam, uma vez que ao longo do trabalho, foram sendo abordadas lembranças de vivências com as figuras parentais, os abusos (físicos, psicológicos e/ou sexuais) vividos. Assim, por meio desta técnica psicodramática, cada membro do grupo é convidado a escolher alguma pessoa de sua história de vida para a qual gostaria de falar algo que nunca disse (ou disse de forma incompleta) e que de algum modo ainda esteja gerando angústia.

Assim, um membro voluntário do grupo se posta diante do paciente que vai falar como se fosse a pessoa à qual ele (paciente) irá comunicar algo. O pedido feito aos pacientes foi “ – Imagine que ele é a pessoa para a qual você quer dizer algo e digatudo o que quiser”. Com esta técnica, geralmente alcança-se um “desaquecimento” psicológico e o grupo se torna menos ansioso e mais preparado para finalizar o trabalho.

Sessão 15 e 16:

O grupo 1 continuou com o trabalho de Cena de Descarga e deu-se início ao fechamento. O grupo 2, nas duas últimas sessões, por meio de Cena de Descarga, teve a oportunidade, no contexto psicodramático do “como se” de dizer, ainda, tudo o que gostaria ao *parceiro evitado* (convencional).

Fechamento e conclusão de ambos os grupos.

5.5.2.2 Intervenção clínica

Todos os pacientes receberam concomitantemente ao acompanhamento psicoterapêutico o seguimento clínico medicamentoso, que se deu de forma individual, mensal e contínua para ambos os grupos. As consultas duraram entre 20 e 40 minutos, realizadas pelo psiquiatra cego às intervenções.

Todos os pacientes iniciaram o tratamento medicamentoso na quarta visita. A escolha dos medicamentos se deu pela disponibilidade deles na Farmácia do Instituto de Psiquiatria do HCFMUSP, pelo histórico de uso prévio e pelo perfil de efeitos colaterais esperados para cada paciente em particular. Buscou-se utilizar o medicamento que potencialmente poderia trazer mais conforto e segurança ao paciente e assim aumentar as chances de adesão ao tratamento. A dose média utilizada correspondeu à habitual para quadros leves e moderados de transtornos psiquiátricos. Não houve pacientes que receberam doses excessivamente mais altas do que outros.

Foram utilizados os ISRS. Seis (43%) pacientes receberam *Paroxetina* (dose máxima de 40 mg/dia, dose mínima 20 mg/dia e dose média de 26,6 mg/dia por paciente); 5 (36%) pacientes receberam *Fluoxetina* (dose máxima de 40 mg/dia, dose mínima 20 mg/dia e dose média de 32 mg/dia por paciente); 2 (14%) receberam *Sertralina* (dose máxima de 75 mg/dia, dose mínima 50 mg/dia e dose média de 62,5 mg/dia por paciente) e apenas 1 (7%) paciente recebeu *Escitalopram* (10 mg/dia).

5.6 Estatística

5.6.1 Medidas primárias de eficácia

Foram utilizadas como medidas primárias de eficácia o aumento do número médio de comportamentos, fantasias ou necessidades sexuais não

parafilias aferido por meio do Diário de Relações e Fantasias Sexuais (Anexo A).

5.6.2 Medidas secundárias de eficácia

Diminuição do número médio de comportamentos, fantasias ou necessidades sexuais não parafilias, aferido por meio do Diário de Relações e Fantasias Sexuais (Anexo A). Variações nos escores do Questionário sobre Comportamento Sexual (Anexo B); Escala de Adequação Social (Anexo D); Escala de Qualidade de Vida da OMS – versão resumida para o Português (*WHOQOL-Bref*) (Anexo E); IDATE estado e IDATE traço (Anexo F e Anexo G); Inventário de Depressão de Beck (Anexo H) e Escala de Impressão Clínica Global (ICG) (Anexo I).

5.6.3 Cálculos estatísticos

A estratégia utilizada para as análises estatísticas foi a de “intenção de tratar” (*intention to treat*).

Para as variáveis que apresentaram número (N) insuficiente para a realização de cálculos estatísticos, foram apresentadas apenas as medidas descritivas.

Em todas as análises, considerou-se nível de significância de 5%. ($P \leq 0,05$).

5.6.3.1 Dados sociodemográficos

Os dados sociodemográficos foram apresentados pelas suas medidas descritivas, tais como frequência, porcentagem, valores máximos e mínimos, média, mediana, desvio-padrão e variância.

5.6.3.2 Comparação dos grupos randomizados

Para a análise comparativa entre os grupos randomizados foram utilizados os seguintes testes:

- *Teste não Paramétrico de Mann-Whitney* (Sprent; Smeeton, 2007): para variáveis quantitativas (tais como, idade, número de filhos, coabitantes e renda);
- *Teste Exato de Fisher* (Agresti, 1990): para a variável qualitativa estado civil.

5.6.3.3 Análises dos desfechos dos grupos

Para a análise comparativa dos desfechos obtidos pelos grupos foi adotada uma rotina, de acordo com o tipo de variável.

5.6.3.3.1 Variáveis quantitativas

Primeiramente, tiveram suas medidas descritivas apresentadas por meio de tabelas, de acordo com os três períodos do estudo, e se incluiu toda a amostra, sem estratificá-la por grupos. Foram incluídos apenas os pacientes que responderam às escalas nos três períodos (somente indivíduos pareados). O *Teste Não-Paramétrico de Friedman* foi utilizado para a verificação de diferenças estatisticamente significantes (Sprent; Smeeton, 2007).

A seguir, em uma tabela, as medidas descritivas foram apresentadas, estratificando-se a amostra pelos grupos e períodos. A *Análise Não Paramétrica de Dados com Medidas Repetidas* foi utilizada para a verificação de diferenças estatisticamente significantes (Sprent; Smeeton, 2007). Esta análise objetivou explorar diferenças entre os grupos (*entreindivíduos*); períodos (*intraindivíduos*) e todas as *interações* entre estes fatores. Inicialmente, o teste foi aplicado em toda a amostra. Depois, foram realizados, isoladamente, os testes de hipótese. O objetivo foi buscar possíveis diferenças entre os períodos para um grupo específico bem como diferenças entre os grupos para um determinado período. Encontradas diferenças estatísticas significantes, os valores de “P” foram apresentados no texto. Quando não, foram expostas apenas as tabelas do teste inicial.

5.6.3.3.2 Variáveis qualitativas

Foram mostradas tabelas com a frequência e a proporção de indivíduos, de acordo com o grupo e período do estudo. Para as variáveis do Inventário de Depressão de Beck e da Escala ICG foram utilizados o *Teste Exato de Fisher* e o *Teste de McNemar*, este último usado para verificação de diferenças entre duas amostras relacionadas (grupos e períodos) (Agresti, 1990).

RESULTADOS

6 RESULTADOS

6.1 Dados sociodemográficos

A idade média dos pacientes oscilou em torno de 46 anos e havia poucos coabitantes e menores de idade em suas casas. Observou-se média salarial acima da maioria da população brasileira (Tabela 1).

Tabela 1 - Medidas descritivas dos dados sociodemográficos da totalidade da amostra

Dados sociodemográficos	N	Mínimo	Máximo	Média	Desvio - padrão	Variância
Idade (em anos)	14	22,00	73,00	45,86	14,549	211,670
Coabitantes	14	0	6,00	3,14	1,657	2,747
Nº de filhos	14	0	3,00	0,86	1,027	1,055
Coabitantes menores de 18 anos	14	0	1,00	0,38	0,506	0,256
Nº. cômodos na casa	14	0	10	5,29	2,525	6,374
Renda (em reais)	14	1500,00	9000,00	3957,14	2819,633	7950330,255

A amostra, em sua maioria, foi constituída por indivíduos nascidos no Estado de São Paulo (N=11; 78,6%), no Paraná (N=2; 14,3%) e no Rio de Janeiro (N= 1; 7,1%). Todos os indivíduos (N=14; 100,0%) residiam na região metropolitana de São Paulo.

Quanto ao estado civil, a maioria dos sujeitos estava casada (N=9; 64,3%). Solteiros somaram cinco pessoas (35,7%). Todos apresentaram razoável nível de escolaridade (Gráfico 1).

Gráfico 1 - Distribuição da porcentagem (%) dos indivíduos, de acordo com a escolaridade

Legenda:

1. Ensino Fundamental (N=4)
2. Ensino Médio (N=4)
3. Ensino Superior completo (N=3)
4. Ensino Superior incompleto (N=2)
5. Pós-graduação (N=1)

Apesar da presença do diagnóstico de parafilia, a maioria dos pacientes estava empregada (N=12; 85,7%) e havia apenas um indivíduo aposentado (N=1; 7,1%) e um desempregado (N=1; 7,1%).

6.2 Análise comparativa dos grupos randomizados

Realizou-se análise estatística com o objetivo de verificar a qualidade da randomização executada. Dentre elas, na metade do estudo, o psiquiatra cego às intervenções foi convidado a indicar a qual grupo pertencia cada um dos pacientes (a resposta correta não foi revelada). A taxa de acerto foi de seis para quatorze pacientes (42,8%).

6.2.1 Dados sociodemográficos

Para as variáveis quantitativas dos dados sociodemográficos não foram encontradas diferenças estatisticamente significantes entre os grupos ($P=0,181$) (Tabela 2).

Tabela 2 - Medidas descritivas da idade, número de filhos, número de coabitantes e renda segundo o grupo

Grupo		Idade (anos)	No. de filhos	Coabitantes	Renda (em reais)
Grupo 1	Mínimo	22,00	0	1,00	1500,00
	Média	47,00	1,00	3,38	3587,50
	Mediana	44,00	0,50	3,50	2100,00
	Máximo	73,00	3,00	6,00	9000,00
	Desvio-padrão	15,630	1,195	1,685	3064,748
Grupo 2	Mínimo	26,00	0	0	2100,00
	Média	44,33	0,67	2,83	4450,00
	Mediana	43,50	0,50	3,00	3500,00
	Máximo	62,00	2,00	5,00	9000,00
	Desvio-padrão	14,264	0,816	1,722	2647,829
Total	Mínimo	22,00	0	0	1500,00
	Média	45,86	0,86	3,14	3957,14
	Mediana	43,50	0,50	3,00	2550,00
	Máximo	73,00	3,00	6,00	9000,00
	Desvio-padrão	14,549	1,027	1,657	2819,633

Para o estado civil também não foram encontradas diferenças com significância estatística ($P=1,000$) (Tabela 3).

Tabela 3 - Distribuição da frequência (N) e porcentagem (%) dos indivíduos, de acordo com o estado civil e o grupo

Grupo	Estado civil	Frequência	Percentual
Grupo 1	Solteiro	3	37,5
	Casado	5	62,5
	Total	8	100,0
Grupo 2	Solteiro	2	33,3
	Casado	4	66,7
	Total	6	100,0

Os grupos foram semelhantes quanto ao nível de escolaridade (Tabela 4).

Tabela 4 - Distribuição da frequência (N) e porcentagem (%) dos indivíduos, de acordo com a escolaridade e os grupos

Grupo	Escolaridade	Frequência	Percentual
Grupo 1	Ensino fundamental	2	25,0
	Ensino médio	4	50,0
	Superior completo	1	12,5
	Superior incompleto	1	12,5
	Total	8	100,0
Grupo 2	Ensino fundamental	2	33,3
	Superior completo	2	33,3
	Superior incompleto	1	16,7
	Pós graduação	1	16,7
	Total	6	100,0

6.2.2 Transtornos psiquiátricos diagnosticados pela Escala MINI

Observou-se que ambos os grupos apresentaram similaridades em relação aos transtornos psiquiátricos, aferidos pela Escala MINI. Salvo para os transtornos em que havia valores nulos de frequência, as diferenças estatísticas entre os grupos não foram significantes.

Em relação aos transtornos do humor, observou-se apenas um paciente com diagnóstico de distímia (grupo 1). Histórico prévio de episódio maníaco no passado apresentou maior prevalência no grupo 1 ($P=0,58$). Porém, para risco de suicídio alto, ambos os grupos apresentaram frequências idênticas ($P=1,00$) (Tabela 5).

Tabela 5 - Distribuição da frequência (N) e porcentagem (%) dos indivíduos, de acordo com a presença de transtornos do humor e os grupos

Transtornos do humor		Grupo 1			Grupo 2		
		Não	Sim	Total	Não	Sim	Total
Episódio depressivo maior atual	N %	6 75,0	2 25,0	8 100,0	5 83,3	1 16,7	6 100,0
Episódio depressivo maior no passado	N %	6 75,0	2 25,0	8 100,0	5 83,3	1 16,7	6 100,0
Episódio depressivo maior com melancolia atual	N %	6 75,0	2 25,0	8 100,0	5 83,3	1 16,7	6 100,0
Distímia atual	N %	7 87,5	1 12,5	8 100,0	6 100,0	0 0	6 100,0
Episódio maníaco no passado	N %	5 62,5	3 37,5	8 100,0	5 83,3	1 16,7	6 100,0
Risco de suicídio atual alto	N %	6 75,0	2 25,0	8 100,0	4 66,7	2 33,3	6 100,0

A Tabela 6 apresenta os transtornos fóbico-ansiosos e obsessivo-compulsivo presentes em ambos os grupos. Observa-se que os mais frequentes foram: transtorno obsessivo-compulsivo ($P=1,00$; entregrupos) e transtorno de ansiedade generalizada, este último diagnosticado apenas em dois indivíduos que foram alocados no grupo 2.

Tabela 6 - Distribuição da frequência (N) e porcentagem (%) dos indivíduos, de acordo com a presença de transtornos fóbico-ansiosos e obsessivo-compulsivo (TOC) e os grupos

Transtornos fóbico-ansiosos e TOC		Grupo 1			Grupo 2		
		Não	Sim	Total	Não	Sim	Total
Presença de pânico (ao longo da vida)	N %	7 87,5	1 12,5	8 100,0	6 100,0	0 0	6 100,0
Presença agorafobia	N %	7 87,5	1 12,5	8 100,0	6 100,0	0 0	6 100,0
Presença transtorno obsessivo-compulsivo (TOC)	N %	6 75,0	2 25,0	8 100,0	5 83,3	1 16,7	6 100,0
Presença de fobia social	N %	8 100,0	0 0	8 100,0	5 83,3	1 16,7	6 100,0
Presença de transtorno de ansiedade generalizada (TAG)	N %	8 100,0	0 0	8 100,0	4 66,7	2 33,3	6 100,0
Presença de transtorno de estresse pós traumático	N %	7 87,5	1 12,5	8 100,0	6 100,0	0 0	6 100,0

Os poucos diagnósticos de transtornos relacionados ao consumo de álcool na amostra foram todos encontrados apenas nos pacientes do grupo 1 (Tabela 7). No entanto, destaca-se que, antes do início das intervenções, um paciente do grupo 2 abandonou o estudo por problemas relacionados ao consumo de álcool.

Tabela 7 - Distribuição da frequência (N) e porcentagem (%) dos indivíduos, de acordo com a presença de transtornos relacionados ao uso de álcool e os grupos

Variável		Grupo 1			Grupo 2		
		Não	Sim	Total	Não	Sim	Total
Presença de dependência ao álcool	N %	6 75,0	2 25,0	8 100,0	6 100,0	0 0	6 100,0
Presença de uso abusivo de álcool	N %	7 87,5	1 12,5	8 100,0	6 100,0	0 0	6 100,0

6.2.3 Parafilias de acordo com os critérios do DSM IV – TR (*check-list*)

Observou-se que a distribuição dos diagnósticos de parafilias não foi completamente homogênea entre os grupos. No entanto, não houve testes estatísticos possíveis de serem realizados para aquelas parafilias em que havia valores nulos. Para as outras, os valores de P encontrados para as diferenças entre os grupos não foram estatisticamente significantes. O grupo 1 foi o que apresentou a maior frequência daqueles diagnósticos mais prevalentes na amostra total, conforme seguem. Foram eles: *voyeurismo* (57,1%), com seis pacientes no grupo 1 e dois pacientes no grupo 2; *pedofilia* (42,8%), com cinco pacientes no grupo 1 e um paciente no grupo 2 e *frotteurismo* (35,7%), com todos os cinco pacientes presentes no grupo 1. No entanto, os exibicionistas somaram 21,4% e todos os três pacientes foram alocados no grupo 2 (Tabela 8).

Seis pacientes (75,0%) do grupo 1 e três pacientes (50,0%) no grupo 2 apresentavam mais de um diagnóstico de parafilia. Em média, a amostra apresentou dois diagnósticos de parafilias por paciente. Para o grupo 1 a média foi de 2,5 parafilias por paciente e para o grupo 2 foi de 1,5.

Tabela 8 - Distribuição da frequência (N) e porcentagem (%) dos indivíduos, de acordo com os diagnósticos de parafilias e os grupos

Parafilias		Grupo 1			Grupo 2		
		Não	Sim	Total	Não	Sim	Total
<i>Voyeurismo</i>	N %	2 25,0	6 75,0	8 100,0	4 66,7	2 33,3	6 100,0
Pedofilia	N %	3 37,5	5 62,5	8 100,0	5 83,3	1 16,7	6 100,0
<i>Frotteurismo</i>	N %	3 37,5	5 62,5	8 100,0	6 100,0	0 0	6 100,0
Exibicionismo	N %	8 100,0	0 0	8 100,0	3 50,0	3 50,0	6 100,0
Masochismo	N %	7 87,5	1 12,5	8 100,0	5 83,3	1 16,7	6 100,0
Sadismo	N %	7 87,5	1 12,5	8 100,0	6 100,0	0 0	6 100,0
Fetichismo	N %	7 87,5	1 12,5	8 100,0	6 100,0	0 0	6 100,0
Transvestismo fetichista	N %	7 87,5	1 12,5	8 100,0	6 100,0	0 0	6 100,0
Escatologia telefônica	N %	8 100,0	0 0	8 100,0	5 83,3	1 16,7	6 100,0
Necrofilia	N %	8 100,0	0 0	8 100,0	5 83,3	1 16,7	6 100,0

6.2.4 Depressão de acordo com o Inventário de Depressão de Beck (*variável qualitativa*)

A Tabela 9 apresenta a distribuição da frequência e da porcentagem dos indivíduos, de acordo com as categorias de depressão aferidas pelo Inventário de Depressão de Beck e os grupos. Escores entre 0 e 9 foram categorizados como “Sem depressão”; entre 10 e 18, “Leve à moderada”; entre 19 e 29, “Moderada” e entre 30 a 63, “Severa” (Beck et al., 1961; Gorenstein et al., 2002). Ambos os grupos foram semelhantes em relação à prevalência de depressão.

Tabela 9 - Distribuição da frequência (N) e porcentagem (%) dos indivíduos, de acordo com a presença de depressão e os grupos (variável qualitativa)

Grupo		Frequência	Percentual
Grupo 1	Sem depressão	1	12,5
	Leve à moderada	3	37,5
	Moderada	4	50,0
	Total	8	100,0
Grupo 2	Sem depressão	1	16,7
	Leve à moderada	2	33,3
	Moderada	2	33,3
	Severa	1	16,7
	Total	6	100,0

6.3 Abandono do estudo

A taxa de abandono dos pacientes randomizados (N=4; 23,5%) foi semelhante nos dois grupos. Tanto no grupo 1 (22,2%) como no grupo 2 (25,0%), dois pacientes abandonaram o estudo.

No primeiro grupo, um dos pacientes com diagnóstico de *frotteurismo*, pedofila e *voyeurismo* alegou que sua parceira não o autorizou a continuar o estudo, pós-intervenção. O outro, por sua vez, com diagnóstico de pedofilia e *voyeurismo* desistiu por motivos de indisponibilidade de horário, devido ao trabalho. Este completou apenas parcialmente as escalas do *baseline* e veio, antes do início da primeira sessão, comunicar sua saída.

No grupo 2, antes do início das intervenções, um dos pacientes com diagnóstico de exibicionismo e *voyeurismo* foi internado por dependência ao álcool e outro deles, que apresentava diagnóstico de exibicionismo, comunicou que mudaria de cidade e desistiu do tratamento, antes de realizar a primeira sessão.

6.4 Resultados pós-intervenções

6.4.1 Depressão

Não foram encontradas diferenças estatisticamente significantes entre os grupos para o desfecho clínico de depressão.

6.4.1.1 Inventário de Depressão de Beck estratificado por períodos

(variável quantitativa)

Para os escores do Inventário de Depressão de Beck foi criada a variável quantitativa BECK_Escore para os três períodos do estudo e foi denominada, respectivamente de BECK_Escore_1; BECK_Escore_2 e BECK_Escore_3.

Apesar das reduções observadas na média e na mediana ao longo dos períodos, estas não alcançaram significância estatística ($P=0,125$) (Tabela 10).

Tabela 10 - Medidas descritivas dos escores do Inventário de Depressão de Beck estratificadas por períodos (variável quantitativa)

BECK_Escore	N	Média	Desvio - padrão	Mínimo	Máximo	Percentil		
						25th	Mediana	75th
BECK_Escore_1	13	19,38	10,587	2	44	12,00	21,00	24,00
BECK_Escore_2	13	16,38	11,623	1	39	6,00	15,00	24,50
BECK_Escore_3	13	15,92	13,169	0	43	5,00	11,00	25,50

6.4.1.2 Inventário de Depressão de Beck estratificado por grupos e

períodos (variável quantitativa)

A análise dos resultados dos escores para depressão mostrou que houve redução tanto da média como da mediana, para todos os indivíduos, independentemente do grupo a que pertenciam (Tabela 11).

Tabela 11 - Medidas descritivas dos escores do Inventário de Depressão de Beck estratificadas por grupos e períodos (variável quantitativa)

BECK_Escore							
Grupo	Período	N	Mínimo	Média	Mediana	Máximo	Desvio-padrão
Grupo 1	1	8	6	17,88	20,00	28	7,972
	2	8	3	19,50	19,00	39	12,961
	3	7	5	17,43	11,00	43	14,397
	Total	23	3	18,30	17,00	43	11,447
Grupo 2	1	6	2	20,00	19,00	44	13,784
	2	6	1	12,00	13,00	19	7,127
	3	6	0	14,17	14,00	34	12,671
	Total	18	0	15,39	16,00	44	11,408

No entanto, os resultados dos testes estatísticos realizados mostraram que, estatisticamente, ambos os grupos não apresentaram diferenças *entre* si para nenhum dos períodos. Da mesma forma, nem sequer para os períodos *intragrupos* (Tabela 12).

Tabela 12 - Estatística Tipo-ANOVA para os escores do Inventário de Depressão de Beck, de acordo com os grupos e períodos de estudo (variável quantitativa)

	QA	g.l.	Valor de P
Entreindivíduos	0,286	1,000	0,5929
Intraindivíduos	1,921	1,641	0,1658
Interação	1,133	1,641	0,2872

6.4.1.3 Inventário de Depressão de Beck estratificado por grupos e períodos (*variável dicotômica qualitativa*)

Os escores de depressão também foram tomados em forma de variável qualitativa. Duas categorias foram criadas: “Sem depressão”, para os indivíduos com escores menores que 20 e com “Depressão”, para os indivíduos com escores maiores ou iguais a 20 (Gorenstein et al., 2002).

Antes de iniciarem as intervenções, ambos os grupos apresentavam a mesma proporção de indivíduos com “Depressão”, sem diferenças estatísticas significantes entre si ($P=1,000$) (Tabela 13).

Tabela 13 - Distribuição da frequência (N) e porcentagem (%) dos indivíduos no primeiro período do estudo, de acordo com a presença de depressão e os grupos (variável dicotômica qualitativa)

			Grupo		Total
			Grupo 1	Grupo 2	
	Sem depressão	Frequência	4	3	7
		% dentro do Grupo	50,0%	50,0%	50,0%
	Com depressão	Frequência	4	3	7
		% dentro do Grupo	50,0%	50,0%	50,0%
Total		Frequência	8	6	14
		% dentro do Grupo	100,0%	100,0%	100,0%

Conforme ilustra a Tabela 14, no segundo período do estudo, o grupo 2 não apresentou mais nenhum paciente na categoria de “Depressão”. Para o grupo 1, a proporção de pacientes deprimidos permaneceu a mesma.

Tabela 14 - Distribuição da frequência (N) e porcentagem (%) dos indivíduos no segundo período do estudo, de acordo com a presença de depressão e os grupos (variável dicotômica qualitativa)

			Grupo		Total
			Grupo 1	Grupo 2	
BECK_2	Sem depressão	Frequência	4	6	10
		% dentro do Grupo	50,0%	100,0%	71,4%
	Com depressão	Frequência	4	0	4
		% dentro do Grupo	50,0%	,0%	28,6%
Total		Frequência	8	6	14
		% dentro do Grupo	100,0%	100,0%	100,0%

No entanto, a Tabela 15 mostra que, quando terminou o seguimento dos grupos, ambos apresentaram frequências iguais de pacientes categorizados como “Sem depressão”, sem diferença estatística significativa entre os grupos ($P=1,000$).

Tabela 15 - Distribuição da frequência (N) e porcentagem (%) dos indivíduos no terceiro período do estudo, de acordo com a presença de depressão e os grupos (variável dicotômica qualitativa)

			Grupo		Total
			Grupo 1	Grupo 2	
BECK_3	Sem depressão	Frequência % dentro do Grupo	5 71,4%	5 83,3%	10 76,9%
	Com depressão	Frequência % dentro do Grupo	2 28,6%	1 16,7%	3 23,1%
Total		Frequência % dentro do Grupo	7 100,0%	6 100,0%	13 100,0%

O Teste de McNemar também foi realizado em cada grupo (*intragrupo*) para a comparação das categorias em relação aos períodos: primeiro com segundo; segundo com terceiro e primeiro com terceiro. Em nenhuma situação foram encontradas diferenças estatisticamente significantes entre as proporções, tanto para o grupo 1 como para o grupo 2. Nas situações em que a frequência foi nula, não foi possível aplicar este teste.

6.4.2 Qualidade de Vida

Para a escala de Qualidade de Vida foi criada a variável quantitativa QALV, representada nos três períodos do estudo por QALV_1, QALV_2 e QALV_3. Nesta escala, quanto *maior o escore, melhor* é o índice de qualidade de vida.

Para ambos os grupos, houve aumento da média de acordo com os períodos. Observaram-se altos desvios-padrão e significância estatística não foi alcançada ($P=0,980$) (Tabela 16).

Tabela 16 - Medidas descritivas dos escores da Escala de Qualidade de Vida estratificadas por períodos

	N	Média	Desvio-padrão	Mínimo	Máximo	Percentis		
						25th	Mediana	75th
QALV_1	13	78,46	11,544	58	100	68,00	79,00	85,50
QALV_2	13	80,38	12,299	53	94	71,50	82,00	90,50
QALV_3	13	82,92	11,514	69	105	75,00	78,00	94,50

Quando estratificados, ambos os grupos apresentaram escores semelhantes. No entanto, o grupo experimental apresentou aumento médio do escore e, ao final do terceiro período do estudo, ainda apresentou escore médio maior do que no *baseline* (Tabela 17). Para o grupo placebo, no entanto, houve redução do escore médio no final das intervenções e, terminado o estudo, foi praticamente igual ao encontrado no *baseline*. Apesar disto, os grupos não foram estatisticamente diferentes *entre si* em nenhum dos períodos e nem houve diferenças observadas *intragrupos* (Tabela 18).

Tabela 17 - Medidas descritivas dos escores da Escala de Qualidade de Vida estratificadas por grupos e períodos

QALV							
Grupo	Período	N	Mínimo	Média	Mediana	Máximo	Desvio-padrão
Grupo 1	1	8	67	83,38	79,50	102	12,094
	2	8	53	80,38	82,00	107	15,937
	3	7	74	83,86	78,00	105	11,852
	Total	23	53	82,48	80,00	107	12,968
Grupo 2	1	6	58	75,83	75,50	94	13,378
	2	6	66	84,83	89,00	94	11,197
	3	6	69	81,83	81,00	98	12,123
	Total	18	58	80,83	83,00	98	12,147

Tabela 18 - Estatística Tipo-ANOVA para os escores da Escala de Qualidade de Vida, de acordo com os grupos e períodos de estudo

	QA	g.l.	Valor de P
Entreindivíduos	0,012	1,000	0,9119
Intraindivíduos	0,399	1,618	0,5276
Interação	0,713	1,618	0,3984

6.4.3 Escala de Adequação Social

A variável quantitativa criada para a Escala de Adequação Social foi denominada EAS e representada nos três períodos do estudo respectivamente por EAS_1, EAS_2 e EAS_3. Quanto *maior o escore* para esta escala, *maior* a incapacitação.

Ao longo do estudo, observou-se queda da média (Tabela 19). No entanto, a adequação social não se modificou de forma estatisticamente significativa nos três períodos ($P=0,735$).

Tabela 19 - Medidas descritivas dos escores da Escala de Adequação Social estratificadas por períodos

EAS	N	Média	Desvio-padrão	Mínimo	Máximo	Percentil		
						25th	Mediana	75th
EAS_1	13	2,14918	,510973	1,152	2,909	1,85176	2,17647	2,59921
EAS_2	13	2,05908	,423340	1,405	2,92	1,78041	2,04167	2,29460
EAS_3	13	2,01899	,352951	1,429	2,478	1,74788	2,04348	2,31754

Na Tabela 20, tem-se o resumo da variável EAS estratificada pelos grupos e períodos do estudo.

Tabela 20 - Medidas descritivas dos escores da Escala de Adequação Social, de acordo com os grupos e períodos do estudo

Grupo	Período	N	Mínimo	Média	Mediana	Máximo	Desvio-padrão
Grupo 1	1	8	1,15	2,2611	2,2690	2,91	,55457
	2	8	1,75	2,2203	2,1665	2,92	,40762
	3	7	1,58	2,0372	2,0435	2,32	,25661
	Total	23	1,15	2,1788	2,1765	2,92	,42207
Grupo 2	1	6	1,40	2,1105	2,0635	2,74	,51206
	2	6	1,41	1,8803	2,0208	2,24	,35631
	3	6	1,43	1,9977	2,0853	2,48	,46792
	Total	18	1,40	1,9961	2,0317	2,74	,43383

Observou-se não haver diferenças estatisticamente significantes para os escores de adequação social ao longo do tempo e também não houve diferenças significativas em relação ao grupo (Tabela 21).

Tabela 21 - Estatística Tipo-ANOVA para os escores da Escala de Adequação Social, de acordo com os grupos e períodos de estudo

	QA	g.l.	Valor de P
Entreindivíduos	1,352	1,000	0,2450
Intraindivíduos	1,044	1,567	0,3068
Interação	1,069	1,567	0,3011

6.4.4 Escalas de Ansiedade

A ansiedade foi avaliada tanto em relação ao *estado* como em relação ao *traço*. Não há um ponto de corte para o escore destas escalas e os resultados devem ser analisados por comparação. Quanto *maior* o escore, *pior* o quadro de ansiedade.

6.4.4.1 IDATE (estado)

Para a escala IDATE (estado) foi criada a variável quantitativa IDATE_e para os três períodos do estudo e designadas como IDATE_{e_1}, IDATE_{e_2} e IDATE_{e_3}, respectivamente.

Para ambos os grupos, notou-se aumento da média e mediana do escore de *estado* de ansiedade ao término do tratamento, com posterior redução no seguimento. Neste último período do estudo, a média e a mediana apresentaram valores superiores aos encontrados no *baseline* e observou-se *tendência* de significância estatística para os períodos ($P=0,074$) (Tabela 22).

Tabela 22 - Medidas descritivas dos escores da Escala de Ansiedade IDATE (estado), de acordo com os períodos do estudo

IDATE _e	N	Média	Desvio-padrão	Mínimo	Máximo	Percentil		
						25th	Mediana	75th
IDATE _{e_1}	13	41,23	10,240	30	62	33,00	38,00	49,50
IDATE _{e_2}	13	51,62	12,803	32	74	40,00	53,00	60,00
IDATE _{e_3}	13	45,31	8,892	33	58	36,50	48,00	53,50

A análise estratificada por grupo mostrou padrão semelhante. Tanto para o grupo 1 como para o grupo 2, observou-se aumento da média e da mediana ao término do tratamento, com posterior diminuição (Tabela 23). Houve *tendência* de significância estatística *intraindivíduos* ($P=0,079$), mas não se pôde encontrar diferenças estatísticas significativas *entre* os grupos, conforme apresenta a Tabela 24.

Tabela 23 - Medidas descritivas dos escores da Escala de Ansiedade IDATE (estado), de acordo com os grupos e períodos do estudo

IDATE							
Grupo	Período	N	Mínimo	Média	Mediana	Máximo	Desvio-padrão
Grupo 1	1	8	30	41,50	42,50	51	8,602
	2	8	38	54,13	53,50	74	12,620
	3	7	36	44,57	41,00	56	9,108
	Total	23	30	46,83	46,00	74	11,320
Grupo 2	1	6	30	42,50	36,50	62	12,849
	2	6	32	47,17	49,50	61	12,057
	3	6	33	46,17	48,50	58	9,411
	Total	18	30	45,28	47,00	62	11,028

Tabela 24 - Estatística Tipo-ANOVA para os escores da Escala de Ansiedade IDATE (estado), de acordo com os grupos e períodos de estudo

	QA	g.l.	Valor de P
Entreindivíduos	0,423	1,000	0,5155
Intraindivíduos	3,081	1,897	0,0793
Interação	0,599	1,897	0,4391

6.4.4.2 IDATE (traço)

Foi criada a variável quantitativa para a Escala IDATE (traço) e nomeada IDATE2. Para a representação dos três períodos foi numerada, respectivamente, de IDATE2_1, IDATE2_2 e IDATE2_3.

Observou-se diminuição da média e da mediana dos escores de *traço* de ansiedade para os três períodos do estudo, quando analisados em conjunto os dois grupos (Tabela 25). No entanto, esta diminuição não alcançou significância estatística ($P=0,613$).

Tabela 25 - Medidas descritivas dos escores da Escala de Ansiedade IDATE (traço), de acordo com os períodos do estudo

	N	Média	Desvio-padrão	Mínimo	Máximo	Percentil		
						25th	Mediana	75th
IDATE2_1	13	48,08	11,849	28	69	40,00	50,00	54,00
IDATE2_2	13	47,38	10,437	31	71	41,00	48,00	50,50
IDATE2_3	13	44,62	5,810	37	55	40,50	43,00	49,00

Observaram-se distinções para os grupos, quando se estratificou a amostra. O grupo 1 apresentou aumento da média ao terminar as intervenções, enquanto que para o grupo 2 observou-se padrão oposto, com diminuição constante da média destes escores (Tabela 26). Todavia, observaram-se altos desvio-padrões e não foi atingida significância estatística (Tabela 27).

Tabela 26 - Medidas descritivas dos escores da Escala de Ansiedade IDATE (traço), de acordo com os grupos e períodos do estudo

IDATE2							
Grupo	Período	N	Mínimo	Média	Mediana	Máximo	Desvio-padrão
Grupo 1	1	8	33	47,00	44,00	69	11,276
	2	8	31	48,38	47,50	71	12,177
	3	7	37	46,43	49,00	55	7,115
	Total	23	31	47,30	47,00	71	10,106
Grupo 2	1	6	28	49,00	51,00	66	12,570
	2	6	32	45,00	48,00	52	7,321
	3	6	38	42,50	42,00	47	3,209
	Total	18	28	45,50	46,00	66	8,535

Tabela 27 - Estatística Tipo-ANOVA para os escores da Escala de Ansiedade IDATE (traço) estratificada por grupos e períodos

	QA	g.l.	Valor de P
Entreindivíduos	0,067	1,000	0,7956
Intraindivíduos	1,386	1,848	0,2391
Interação	1,772	1,848	0,1832

6.4.5 Diário de Relações e Fantasias Sexuais (DRFS)

As variáveis correspondentes às questões foram representadas pela letra “Q”, seguida pelo primeiro numeral arábico que a identifica no DRFS. Os períodos do estudo foram representados pelo segundo numeral arábico. Por exemplo, Q5_1, Q5_2 e Q5_3 representam a quinta questão, no primeiro, segundo e terceiro períodos, respectivamente. A primeira questão (Q1) não foi avaliada, pois tratava-se apenas de informação redundante.

A variável quantitativa criada (Q) representou a **soma** da pontuação **mensal** obtida pelos pacientes para cada uma das questões.

A Tabela 28 apresenta as questões do DRFS para as quais foram encontradas diferenças *entregrupos* ou *intragrupos* para os períodos do estudo. Apresenta a média e o desvio-padrão dos escores de cada uma

destas questões, de acordo com os grupos e os respectivos valores encontrados de “P”.

Tabela 28 - Distribuição da média (DP) dos escores das questões que apresentaram diferenças estatisticamente significantes *entregrupos* ou *intragrupos*, com os respectivos valores de “P”, de acordo os grupos e períodos do estudo (DRFS)

	<i>Baseline</i>		Pós-intervenções		<i>Follow-up</i>		Intragrupos (Períodos)		
	N	Média (DP)	N	Média (DP)	N	Média (DP)	1 - 2	1 - 3	2 - 3
<i>Relações sexuais parafílicas (Q3)</i>									
GP	8	3,63 (7,33)	7	5,14 (10,75)	6	7,17 (11,84)	0,03	0,01	
GE	6	2,33 (3,83)	6	0,17 (0,41)	6	0,33 (0,82)			
Entregrupos									
<i>Contatos íntimos sexuais em geral (Q5)</i>									
GP	8	16,25 (23,66)	7	20,29 (23,48)	6	20,50 (24,26)			
GE	6	14,17 (22,59)	6	5,50 (7,45)	6	8,67 (10,56)		0,02	
Entregrupos									
<i>Contatos íntimos sexuais parafílicos (Q6)</i>									
GP	8	5,63 (13,31)	7	6,29 (13,00)	6	7,83 (12,70)			
GE	6	5,67 (8,43)	6	3,17 (7,76)	6	2,83 (3,49)	0,032	0,005	0,05
Entregrupos									

continua

continuação

	<i>Baseline</i>		Pós-intervenções		<i>Follow-up</i>		Intragrupos (Períodos)		
	N	Média (DP)	N	Média (DP)	N	Média (DP)	1 - 2	1 - 3	2 - 3
<i>Contatos íntimos sexuais normofílicos (Q7)</i>									
GP	8	11,88 (13,14)	7	14,71 (15,03)	6	12,83 (11,84)			
GE	6	10,50 (21,88)	6	2,50 (3,99)	6	6,00 (8,76)			
Entregupos				0,01					
<i>Fantasias sexuais em geral (Q8)</i>									
GP	8	37,25 (37,21)	7	44,86 (23,87)	6	35,83 (26,28)	0,013	0,001	0,001
GE	6	78,83 (57,53)	6	48,17 (46,44)	6	27,17 (25,52)			
Entregupos									
<i>Fantasias sexuais parafílicas (Q9)</i>									
GP	8	24,25 (27,95)	7	25,57 (23,67)	6	18,00 (15,23)			
GE	6	70,50 (50,76)	6	43,50 (49,92)	6	24,00 (27,16)			
Entregupos		0,03							
<i>Fantasias sexuais normofílicas (Q10)</i>									
GP	8	13,63 (13,26)	7	18,71 (13,96)	6	17,50 (13,26)			
GE	6	0,67 (1,03)	6	5,33 (6,38)	6	2,50 (4,18)			

continua

conclusão

	<i>Baseline</i>		Pós-intervenções		<i>Follow-up</i>		Intragrupos (Períodos)		
	N	Média (DP)	N	Média (DP)	N	Média (DP)	1 - 2	1 - 3	2 - 3
Entregupos		0,005		0,04					
<i>Tentativas de aproximação sexual normofílica (Q13)</i>									
GP	8	8,88 (13,95)	7	13,29 (16,13)	6	10,50 (13,38)			
GE	6	0,67 (1,63)	6	2,00 (3,63)	6	6,00 (9,82)			
Entregupos		0,04							
<i>Masturbação com fantasias normofílicas (Q16)</i>									
GP	8	12,88 (21,36)	7	8,57 (10,86)	6	10,17 (13,08)			
GE	6	0,17 (0,41)	6	2,67 (4,08)	6	3,17 (5,38)			
Entregupos		0,01							

GP = Grupo placebo

GE = Grupo experimental

DP = Desvio-padrão

Intragrupos = Diferenças intragrupos para os períodos do estudo (valores de “P”)

Entregupos = Diferenças entregrupos para os períodos do estudo (valores de “P”)

A seguir, foi apresentada a análise estatística pormenorizada de cada uma destas questões. As questões para as quais não foram encontradas diferenças estatisticamente significantes encontram-se no Apêndice B.

6.4.5.1 Questão Q3 (DRFS)

“Caso tenha tido relações sexuais hoje, quantas delas continham práticas relacionadas ao problema que veio tratar aqui?” (*Relações sexuais parafílicas*)

A Tabela 29 apresenta o resumo da variável Q3 para toda a amostra. Observou-se redução da média no término das intervenções.

Tabela 29 - Medidas descritivas dos escores da questão Q3, de acordo com os períodos do estudo (DRFS)

	N	Média	Desvio-padrão	Mínimo	Máximo	Percentil		
						25th	Mediana	75th
Q3_1	12	3,58	6,273	0	20	,00	,50	7,25
Q3_2	12	3,08	8,339	0	29	,00	,00	1,00
Q3_3	12	3,75	8,761	0	30	,00	,00	2,75

Não foram encontradas diferenças estatisticamente significantes entre os períodos ($P=0,618$).

Na Tabela 30, tem-se o resumo da variável Q3 estratificada pelos grupos e períodos do estudo.

Observou-se que o grupo 1 apresentou *aumento* da média de *relações sexuais parafílicas* ao término do tratamento. Ao final do seguimento, a média de relações sexuais parafílicas continuou *maior* do que no *baseline*.

Tabela 30 - Medidas descritivas dos escores da questão Q3, de acordo com os grupos e os períodos do estudo (DRFS)

Grupo	Período	N	Mínimo	Média	Mediana	Máximo	Desvio-padrão
Grupo 1	1	8	0	3,63	,00	20	7,328
	2	7	0	5,14	,00	29	10,746
	3	6	0	7,17	1,50	30	11,839
	Total	21	0	5,14	,00	30	9,520
Grupo 2	1	6	0	2,33	1,00	10	3,830
	2	6	0	,17	,00	1	,408
	3	6	0	,33	,00	2	,816
	Total	18	0	,94	,00	10	2,363

Foi encontrada significância estatística apenas para o grupo 1 (*intragrupo*) (QA= 8,577; g.l.=2; $P=0,0137$). Esta diferença ocorreu entre o primeiro e segundo períodos (QA=4,690; g.l.=1; $P= 0,0304$) e primeiro e terceiro períodos (QA= 7,136; g.l.=1; $P= 0,0076$).

Desta forma, analisado isoladamente, o grupo 1 apresentou aumento médio do número de *relações sexuais parafilicas* no término das intervenções e não apresentou modificações até o final do seguimento do estudo. Neste último período, a média foi superior à encontrada no *baseline*.

6.4.5.2 Questão Q5 (DRFS)

“Quantos contatos íntimos sexuais (abraços, beijos, carícias) você teve com alguém hoje?” (*Contatos íntimos sexuais em geral*)

A Tabela 31 apresenta o resumo da variável Q5 para toda a amostra.

Tabela 31 - Medidas descritivas dos escores da questão Q5, de acordo com os períodos do estudo (DRFS)

	N	Média	Desvio-padrão	Mínimo	Máximo	Percentil		
						25th	Mediana	75th
Q5_1	12	17,83	23,292	0	68	1,25	8,00	28,75
Q5_2	12	14,42	19,421	0	64	1,00	9,00	18,00
Q5_3	12	14,58	18,875	0	68	1,75	10,00	18,25

Não foram encontradas diferenças estatisticamente significantes entre os períodos do estudo ($P=0,836$).

Na Tabela 32, tem-se o resumo da variável Q5 estratificada pelos grupos e períodos do estudo. Observou-se aumento da média no grupo 1 e redução no grupo 2, quando terminaram as intervenções.

Tabela 32 - Medidas descritivas dos escores da questão Q5, de acordo com os grupos e períodos do estudo (DRFS)

Grupo	Período	N	Mínimo	Média	Mediana	Máximo	Desvio-padrão
Grupo 1	1	8	0	16,25	6,50	68	23,657
	2	7	1	20,29	10,00	64	23,478
	3	6	1	20,50	15,00	68	24,255
	Total	21	0	18,81	11,00	68	22,640
Grupo 2	1	6	0	14,17	3,50	58	22,587
	2	6	0	5,50	2,50	19	7,450
	3	6	0	8,67	6,00	28	10,558
	Total	18	0	9,44	4,00	58	14,585

Foi encontrada significância estatística apenas para o grupo 2 (*intragrupo*) ($QA=3,160$; g.l.=2,069; $P=0,0425$). Por meio do teste de hipótese, pode-se dizer que essa diferença ocorreu apenas entre o primeiro e terceiro períodos ($QA= 5,792$; g.l.=1; $P=0,0161$).

Desta forma, para o grupo 2, isoladamente, houve diminuição média do número de *contatos íntimos sexuais em geral* apenas no final do seguimento, comparativamente ao início do estudo.

6.4.5.3 Questão Q6 (DRFS)

“Quantos destes contatos estavam relacionados ao problema que veio tratar aqui?” (*Contatos íntimos sexuais parafílicos*)

A Tabela 33 apresenta o resumo da variável Q6 para toda a amostra.

Tabela 33 - Medidas descritivas dos escores da questão Q6, de acordo com os períodos do estudo (DRFS)

	N	Média	Desvio-padrão	Mínimo	Máximo	Percentil		
						25th	Mediana	75th
Q6_1	12	6,58	11,759	0	38	,00	,00	10,75
Q6_2	12	5,25	10,955	0	35	,00	,00	6,25
Q6_3	12	5,33	9,257	0	33	,00	2,00	6,75

Não foram encontradas diferenças estatisticamente significantes entre os períodos ($P=0,962$).

Na Tabela 34, tem-se o resumo da variável Q6 estratificada pelos grupos e períodos do estudo. Observou-se diminuição das médias no grupo 2 ao longo do estudo.

Tabela 34 - Medidas descritivas dos escores da questão Q6, de acordo com os grupos e períodos do estudo (DRFS)

Grupo	Período	N	Mínimo	Média	Mediana	Máximo	Desvio-padrão
Grupo 1	1	8	0	5,63	,00	38	13,309
	2	7	0	6,29	,00	35	12,996
	3	6	0	7,83	3,50	33	12,703
	Total	21	0	6,48	,00	38	12,404
Grupo 2	1	6	0	5,67	1,00	20	8,430
	2	6	0	3,17	,00	19	7,757
	3	6	0	2,83	1,50	8	3,488
	Total	18	0	3,89	,00	20	6,623

Apenas para o grupo 2 houve diferença estatisticamente significativa, com redução contínua da média de contatos íntimos parafilicos (*intragrupo*) ($QA=6,101$; $g.l.=1,498$; $P=0,00135$). Esta diferença ocorreu entre o primeiro e segundo períodos ($QA=4,590$; $g.l.=1$; $P=0,0322$); entre o primeiro e terceiro períodos ($QA=7,989$; $g.l.=1$; $P=0,0047$) e entre o segundo e terceiro períodos ($QA=3,964$; $g.l.=1$; $P=0,0465$).

Desta forma, considerando-se a média de *contatos íntimos sexuais parafilicos*, o grupo experimental apresentou redução ao longo dos períodos do estudo.

6.4.5.4 Questão Q7 (DRFS)

“Quantos destes contatos NÃO estavam relacionados ao problema que veio tratar aqui?” (*Contatos íntimos sexuais normofílicos*)

A Tabela 35 apresenta o resumo da variável Q7 para toda a amostra.

Tabela 35 - Medidas descritivas dos escores da questão Q7, de acordo com os períodos do estudo (DRFS)

	N	Média	Desvio-padrão	Mínimo	Máximo	Percentil		
						25th	Mediana	75th
Q7_1	12	12,92	17,532	0	55	,25	3,50	26,50
Q7_2	12	9,67	13,013	0	41	,25	6,00	10,75
Q7_3	12	9,42	10,553	0	35	,25	7,50	13,00

Não foram encontradas diferenças estatisticamente significantes para os períodos do estudo ($P=0,819$).

Na Tabela 36, tem-se o resumo da variável Q7 estratificada pelos grupos e períodos. Observou-se aumento da média para o grupo 1. Por outro lado, ao contrário do que se esperava, o grupo 2 apresentou redução da média de contatos íntimos normofílicos, quando terminaram as intervenções.

Tabela 36 - Medidas descritivas dos escores da questão Q7, de acordo com os grupos e períodos do estudo (DRFS)

Grupo	Período	N	Mínimo	Média	Mediana	Máximo	Desvio-padrão
Grupo 1	1	8	0	11,88	7,50	32	13,141
	2	7	1	14,71	10,00	41	15,030
	3	6	1	12,83	11,50	35	11,839
	Total	21	0	13,10	10,00	41	12,837
Grupo 2	1	6	0	10,50	1,50	55	21,879
	2	6	0	2,50	,50	10	3,987
	3	6	0	6,00	2,00	22	8,764
	Total	18	0	6,33	1,00	55	13,394

Houve significância estatística apenas *entregrupos* e ocorreu somente no segundo período (QA=6,987; g.l.=1; $P=0,0082$).

Desta forma, conclui-se que o grupo 2 terminou a intervenção com menor média de *contatos íntimos sexuais normofílicos* comparativamente ao grupo 1, tendo-se igualado estatisticamente a ele, no final do seguimento.

6.4.5.5 Questão Q8 (DRFS)

“Quantas fantasias sexuais, aproximadamente, você teve hoje?”
(*Fantasias sexuais em geral*)

A Tabela 37 apresenta o resumo da variável Q8 para toda a amostra. Pôde-se notar diminuição contínua da média de fantasias sexuais em geral com *tendência* de significância estatística ($P=0,067$).

Tabela 37 - Medidas descritivas dos escores da questão Q8, de acordo com os períodos do estudo (DRFS)

	N	Média	Desvio-padrão	Mínimo	Máximo	Percentil		
						25th	Mediana	75th
Q8_1	12	62,75	49,593	10	150	20,00	48,50	102,25
Q8_2	12	45,92	35,935	15	141	19,75	35,00	66,25
Q8_3	12	31,50	25,109	12	86	16,25	19,00	36,25

Na Tabela 38, tem-se o resumo da variável Q8 estratificada pelos grupos e períodos do estudo. Observou-se aumento médio das *fantasias sexuais em geral* para o grupo 1 no término das intervenções e redução contínua da média no grupo 2 ao longo do estudo.

Tabela 38 - Medidas descritivas dos escores da questão Q8, de acordo com os grupos e períodos do estudo (DRFS)

Grupo	Período	N	Mínimo	Média	Mediana	Máximo	Desvio-padrão
Grupo 1	1	8	0	37,25	20,00	109	37,205
	2	7	15	44,86	49,00	74	23,871
	3	6	14	35,83	31,00	86	26,279
	Total	21	0	39,38	34,00	109	29,054
Grupo 2	1	6	19	78,83	66,00	150	57,534
	2	6	18	48,17	30,00	141	46,443
	3	6	12	27,17	18,00	79	25,522
	Total	18	12	51,39	26,00	150	47,709

Houve *tendência* de significância *intragrupo* para as amostras, conforme apresenta a Tabela 39. No entanto, os testes de hipótese evidenciaram significância estatística intragrupo apenas para o grupo 1 (QA= 9,564; g.l.=1,157; $P=0,0020$). Estas diferenças ocorreram entre todos os períodos de observação: primeiro e segundo períodos (QA=6,149; g.l.=1; $P=0,013$); segundo e terceiro períodos (QA= 10,92; g.l.=1; $P=0,001$) e primeiro e terceiro períodos (QA= 10,27; g.l.=1; $P=0,0014$).

Assim, o grupo 1, internamente, apresentou aumento da média de fantasias em geral no término das intervenções e posterior queda no final do estudo.

Tabela 39 - Estatística Tipo-ANOVA para os escores da questão Q8, de acordo com os grupos e períodos de estudo (DRFS)

	QA	Graus de liberdade	Valor de P
Entreindivíduos	0,143	1,000	0,7049
Intraindivíduos	3,442	1,978	0,0636
Interação	4,118	1,978	0,0425

6.4.5.6 Questão Q9 (DRFS)

“Quantas destas fantasias sexuais estavam relacionadas ao problema que veio tratar aqui?” (*Fantasias sexuais parafilicas*)

A Tabela 40 apresenta o resumo da variável Q9 para toda a amostra. Observou-se redução contínua da média de fantasias sexuais parafilicas ao longo do estudo com *tendência* de significância estatística ($P=0,067$).

Tabela 40 - Medidas descritivas dos escores da questão Q9, de acordo com os períodos do estudo (DRFS)

	N	Média	Desvio-padrão	Mínimo	Máximo	Percentil		
						25th	Mediana	75th
Q9_1	12	51,33	43,957	1	141	12,25	46,00	80,25
Q9_2	12	35,25	38,791	4	141	7,75	21,50	45,00
Q9_3	12	21,00	21,226	6	79	10,50	14,00	17,75

Na Tabela 41, tem-se o resumo da variável Q9 estratificada pelos grupos e períodos do estudo. No *baseline*, pôde-se notar que o grupo 2 apresentava média acentuadamente superior à do grupo 1.

Tabela 41 - Medidas descritivas dos escores da questão Q9, de acordo com os grupos e períodos do estudo (DRFS)

Grupo	Período	N	Mínimo	Média	Mediana	Máximo	Desvio-padrão
Grupo 1	1	8	0	24,25	12,50	75	27,953
	2	7	6	25,57	17,00	70	23,670
	3	6	6	18,00	13,00	48	15,232
	Total	21	0	22,90	13,00	75	22,583
Grupo 2	1	6	10	70,50	66,00	141	50,757
	2	6	4	43,50	28,00	141	49,919
	3	6	7	24,00	14,50	79	27,159
	Total	18	4	46,00	24,00	141	45,744

Houve diferença estatisticamente significativa *entre* os grupos no *baseline* ($QA= 4,639$; $g.l.=1$; $P=0,0303$).

Desta forma, conclui-se que os grupos foram diferentes entre si, antes de iniciarem as intervenções, com o grupo 2 apresentando valores médios superiores e estatisticamente significantes de *fantasias sexuais parafilicas* em relação ao grupo 1. Ao final do tratamento e do seguimento, ambos os grupos

igualaram-se estatisticamente para o número médio de *fantasias sexuais parafilicas*.

6.4.5.7 Questão Q10 (DRFS)

“Quantas destas fantasias sexuais **NÃO** estavam relacionadas ao problema que veio tratar aqui?” (*Fantasias sexuais normofílicas*)

A Tabela 42 apresenta o resumo da variável Q10 para toda a amostra. Observou-se aumento destas fantasias ao término das intervenções, porém sem significância estatística ($P=0,649$).

Tabela 42 - Medidas descritivas dos escores da questão Q10, de acordo com os períodos do estudo (DRFS)

	N	Média	Desvio-padrão	Mínimo	Máximo	Percentil		
						25th	Mediana	75th
Q10_1	12	8,00	12,307	0	34	,00	2,00	16,25
Q10_2	12	10,67	11,300	0	36	,00	9,50	14,50
Q10_3	12	10,00	12,218	0	38	,00	6,50	19,75

Na Tabela 43, tem-se o resumo da variável Q10 estratificada pelos grupos e períodos do estudo. Observou-se que o grupo 1 apresentava número médio maior de *fantasias sexuais normofílicas* comparativamente ao grupo 2, ao longo do estudo.

Tabela 43 - Medidas descritivas dos escores da questão Q10, de acordo com os grupos e períodos do estudo (DRFS)

Grupo	Período	N	Mínimo	Média	Mediana	Máximo	Desvio-padrão
Grupo 1	1	8	0	13,63	12,50	34	13,255
	2	7	0	18,71	13,00	36	13,961
	3	6	2	17,50	16,50	38	13,263
	Total	21	0	16,43	13,00	38	13,010
Grupo 2	1	6	0	,67	,00	2	1,033
	2	6	0	5,33	3,50	15	6,377
	3	6	0	2,50	,00	10	4,183
	Total	18	0	2,83	,00	15	4,618

Houve diferença com significância estatística *entre* os grupos no *baseline* (QA=7,744;g.l.=1; $P=0,0054$) e no segundo período (QA=4,296;g.l.=1; $P=0,0382$), mas esta diferença não mais se manteve significativa no *follow-up* (terceiro período).

Desta forma, conclui-se que o grupo 2 apresentou aumento significativo do número médio de *fantasias normofílicas* comparativamente ao grupo placebo. Isto só ocorreu no final do seguimento, quando alcançou igualdade estatística com o grupo 1 para a média de *fantasias normofílicas*.

6.4.5.8 Questão Q13 (DRFS)

“Quantas destas tentativas **NÃO** tinham a ver com o problema que veio tratar aqui?” (*Tentativas de aproximação sexual normofílica*)

A Tabela 44 apresenta o resumo da variável Q13 para toda a amostra. Observou-se aumento médio de *tentativas de aproximação sexual normofílica*, porém sem a obtenção de significância estatística ($P=0,318$).

Tabela 44 - Medidas descritivas dos escores da questão Q13, de acordo com os períodos do estudo (DRFS)

	N	Média	Desvio-padrão	Mínimo	Máximo	Percentil		
						25th	Mediana	75th
Q13_1	12	5,67	11,965	0	40	,00	,00	4,00
Q13_2	12	8,75	13,377	0	40	,00	3,50	10,50
Q13_3	12	8,25	11,435	0	36	,00	2,50	12,75

Na Tabela 45, tem-se o resumo da variável Q13 estratificada pelos grupos e períodos do estudo. Observou-se que quanto a este parâmetro os grupos também foram diferentes entre si no *baseline*. O grupo 1 apresentava número médio superior de *tentativas de aproximação sexual normofílica*. Ao longo do estudo, o grupo 2 apresentou aumento médio deste comportamento.

Tabela 45 - Medidas descritivas dos escores da questão Q13, de acordo com os grupos e períodos do estudo (DRFS)

Grupo	Período	N	Mínimo	Média	Mediana	Máximo	Desvio-padrão
Grupo 1	1	8	0	8,88	3,00	40	13,953
	2	7	0	13,29	6,00	40	16,132
	3	6	0	10,50	7,00	36	13,383
	Total	21	0	10,81	4,00	40	13,952
Grupo 2	1	6	0	,67	,00	4	1,633
	2	6	0	2,00	,00	9	3,633
	3	6	0	6,00	,00	23	9,818
	Total	18	0	2,89	,00	23	6,201

Houve diferença estatisticamente significativa *entre* os grupos. Esta ocorreu apenas para o primeiro período (QA= 4,221;g.l.=1; $P=0,0399$).

Assim, apesar do grupo 1, no *baseline*, contar com maior número médio de *tentativas de aproximações sexuais normofílicas* do que o grupo 2, este último apresentou aumento médio destas *tentativas*, quando terminaram as intervenções e igualou-se estatisticamente a ele, neste período. Manteve assim até o final do seguimento.

6.4.5.9 Questão Q16 (DRFS)

“Quantas destas masturbações **NÃO** continham fantasias relacionadas ao problema que veio tratar aqui?” (*Masturbação com fantasias normofílicas*)

A Tabela 46 apresenta o resumo da variável Q16 para toda a amostra. Observou-se aumento médio de *masturbações com fantasias normofílicas* ao longo do estudo, porém sem a obtenção de significância estatística ($P=0,099$).

Tabela 46 - Medidas descritivas dos escores da questão Q16, de acordo com os períodos do estudo (DRFS)

	N	Média	Desvio-padrão	Mínimo	Máximo	Percentil		
						25th	Mediana	75th
Q16_1	12	4,25	11,663	0	41	,00	,50	1,75
Q16_2	12	5,67	9,039	0	32	,00	2,50	8,25
Q16_3	12	6,67	10,210	0	36	,00	4,00	8,75

Na Tabela 47, tem-se o resumo da variável Q16 estratificada pelos grupos e períodos do estudo. Observou-se que quanto a este parâmetro, os grupos também apresentaram diferenças entre si, no *baseline*. O grupo 1 apresentava número médio maior de *masturbação com fantasias normofílicas*. No entanto, ao longo do estudo, o grupo 2 apresentou aumento médio desta medida.

Tabela 47 - Medidas descritivas dos escores da questão Q16, de acordo com os grupos e períodos do estudo (DRFS)

Grupo	Período	N	Mínimo	Média	Mediana	Máximo	Desvio-padrão
Grupo 1	1	8	0	12,88	1,50	53	21,364
	2	7	0	8,57	6,00	32	10,861
	3	6	0	10,17	6,50	36	13,075
	Total	21	0	10,67	5,00	53	15,538
Grupo 2	1	6	0	,17	,00	1	,408
	2	6	0	2,67	,50	10	4,082
	3	6	0	3,17	,00	13	5,382
	Total	18	0	2,00	,00	13	3,911

Observou-se diferença estatisticamente significativa *entre* os grupos para o primeiro período (QA=7,550;g.l.=1; $P=0,0060$).

Assim, apesar do grupo 1, no *baseline*, contar com maior número médio de *masturbações com fantasias normofílicas* do que o grupo 2, este último apresentou aumento médio destas *masturbações*, quando terminaram as intervenções e igualou-se estatisticamente ao grupo 1 neste período e manteve assim até o final do seguimento.

6.4.6 Questionário sobre Comportamento Sexual

Foi criada uma variável quantitativa para o Questionário sobre Comportamento Sexual e que foi denominada CS. Os índices 1, 2 e 3 representam os períodos do estudo em que foram tomadas as medidas.

Assim como o DRFS, o Questionário sobre Comportamento Sexual também procurou aferir os principais itens avaliados nos pacientes com diagnóstico de parafilias. Por meio da atribuição de valores a cada uma das questões, quanto *maior* o escore obtido, *maior* a intensidade do comportamento parafílico.

Os resultados mostraram efeito positivo de *ambas* as intervenções. Tomados todos em conjunto, os pacientes apresentaram redução significativa dos escores ao longo do estudo ($P=0,002$), tanto em relação à média como em relação à mediana (Tabela 48).

Tabela 48 - Medidas descritivas dos escores da variável CS, de acordo com os períodos do estudo

	N	Média	Desvio-padrão	Mínimo	Máximo	Percentil		
						25th	Mediana	75th
CS_1	13	23,77	1,536	22	26	22,00	24,00	25,00
CS_2	13	20,15	3,508	15	25	17,00	20,00	23,00
CS_3	13	17,92	2,783	14	22	15,50	18,00	20,50

Ao se estratificar a amostra, o padrão observado foi o mesmo, ou seja, diminuição média dos escores ao longo do estudo (Tabela 49). No entanto, não foram encontradas diferenças estatisticamente significantes entre os grupos (*entregupos*) ($P=0,4904$).

Tabela 49 - Medidas descritivas dos escores da variável CS, de acordo com os grupos e períodos do estudo

Grupo	Período	N	Mínimo	Média	Mediana	Máximo	Desvio-padrão
Grupo 1	1	8	22	23,38	23,00	26	1,506
	2	8	17	21,50	22,00	25	2,563
	3	7	14	17,86	18,00	21	2,410
Grupo 2	1	6	22	24,17	24,50	26	1,472
	2	6	15	18,50	18,00	25	3,782
	3	6	14	18,00	18,00	22	3,406

Os testes estatísticos realizados *intragrupo*, mostraram que para o grupo placebo, houve diferença estatisticamente significativa entre os períodos (QA=15,957; g.l.=1,697; $P=0,001$). Esta diferença ocorreu entre o primeiro e terceiro períodos (QA= 39,436; g.l.=1; $P=0,0001$) e entre o segundo e terceiro períodos (QA=16,165; g.l.=1; $P=0,0001$). Ou seja, o escore médio de CS não mudou de maneira estatisticamente significativa do início do tratamento para o seu término, mas ao término do seguimento caiu (Tabela 49).

Para o grupo experimental, também houve diferença estatisticamente significativa entre os períodos (QA=6,278; g.l.=1,424; $P=0,0122$). Esta diferença ocorreu entre o primeiro e segundo períodos (QA= 4,82; g.l.=1; $P=0,0282$) e entre o primeiro e terceiro períodos (QA=16,183; g.l.=1; $P=0,0001$). Ou seja, diferente do grupo 1, pôde-se observar queda estatisticamente significativa do escore médio do início para o término do tratamento e, ao término do seguimento, manteve-se estável. Da mesma forma que ocorreu para o grupo placebo, ao final do seguimento, o escore também foi estatisticamente significativo menor do que no início do tratamento (Tabela 49).

Os testes estatísticos evidenciaram, portanto, que para o grupo placebo, a diminuição significativa do escore ocorreu *apenas* ao término do estudo, enquanto que para o grupo experimental, esta queda estatística significativa já ocorreu assim que os pacientes terminaram as intervenções psicoterapêuticas (Tabela 49).

6.4.7 Escala de Impressão Clínica Global (ICG)

A escala de impressão clínica global (ICG) apresenta duas questões. A primeira questão foi nomeada Q1 e a segunda questão Q2. Os três períodos do estudo foram representados por um segundo numeral arábico 1, 2 e 3. Desta forma, a variável categórica criada Q1_1 referiu-se à questão 1 no primeiro período; a variável Q1_2 referiu-se à questão 1 no segundo período; a variável Q1_3 referiu-se à questão 1 no terceiro período; a variável Q2_1 referiu-se a questão 2 no primeiro período e assim por diante. Para cada variável foram feitas tabelas comparativas entre os grupos. Nos casos em que a frequência foi nula, os testes estatísticos não puderam ser realizados.

A primeira questão (Q1), que versava sobre a “**gravidade da doença**”, foi recategorizada da seguinte forma:

Leve: *Normal, não doente; limítrofe para a doença mental; levemente doente*

Moderada/grave: *moderadamente doente; marcadamente doente; gravemente doente e doença mental extremamente grave*

A Tabela 50 apresenta a distribuição da frequência e da porcentagem dos indivíduos de acordo com os grupos e as respostas da primeira questão no período 1 (Q1_1) e no período 2 (Q1_2).

Observou-se que no *baseline*, como esperado, todos os pacientes, de ambos os grupos, encontravam-se na categoria *moderada/grave*. Terminadas as intervenções, a distribuição mostrou que a porcentagem de indivíduos com gravidade *moderada/grave*, no grupo placebo, decresceu para 62,5% (cinco indivíduos), enquanto que para o grupo experimental, apenas um indivíduo (16,7%) foi categorizado com gravidade *moderada/grave*. No entanto, a diferença *entre* os dois grupos, ao término do tratamento, não alcançou significância estatística ($P=0,138$). Com a pouca frequência de pacientes em cada categoria, sobretudo com apenas um paciente categorizado como

“moderado/grave” no grupo 2, a significância estatística não pôde ser alcançada.

Tabela 50 - Distribuição da frequência (N) e porcentagem (%) dos indivíduos, de acordo com os grupos e as respostas da primeira questão (Q1) no período 1 (Q1_1) e no período 2 (Q1_2) (ICG)

Grupo				Q1_2		Total	
				Leve	Moderado/grave		
Grupo 1	Q1_1	Moderado/grave	Frequência	3	5	8	
			% do Total	37,5%	62,5%	100,0%	
	Total		Frequência	3	5	8	
			% do Total	37,5%	62,5%	100,0%	
Grupo 2	Q1_1	Moderado/grave	Frequência	5	1	6	
			% do Total	83,3%	16,7%	100,0%	
	Total		Frequência	5	1	6	
			% do Total	83,3%	16,7%	100,0%	

A Tabela 51 apresenta a distribuição da frequência e porcentagem dos indivíduos de acordo com as respostas da primeira questão nos períodos 2 e 3 do estudo. Observa-se que ao final do seguimento, houve pouca modificação: o grupo 2 permaneceu com apenas um paciente categorizado com gravidade *moderada/grave*; para o grupo 1, houve perda de um dos pacientes, que abandonou seguimento e deixou o grupo 1 com quatro pacientes (57,1%) categorizados com gravidade *moderada/grave*. Não foram encontradas diferenças estatisticamente significantes *entregrupos* ($P=0,266$) e nem *intragrupos* ($P=1,00$).

Tabela 51 - Distribuição da frequência (N) e porcentagem (%) dos indivíduos, de acordo com as respostas da primeira questão (Q1) no período 2 (Q1_2) e no período 3 (Q1_3) (ICG)

Grupo				Q1_3		Total
				Leve	Moderada/grave	
Grupo 1	Q1_2	Leve	Frequência	2	0	2
			%	28,6%	,0%	28,6%
		Moderada/grave	Frequência	1	4	5
			%	14,3%	57,1%	71,4%
	Total		Frequência	3	4	7
			%	42,9%	57,1%	100,0%
Grupo 2	Q1_2	Leve	Frequência	4	1	5
			%	66,7%	16,7%	83,3%
		Moderada/grave	Frequência	1	0	1
			%	16,7%	,0%	16,7%
	Total		Frequência	5	1	6
			%	83,3%	16,7%	100,0%

A questão 2 versava sobre a *melhora global*, em que o especialista “cego” em relação às intervenções avaliou a melhora dos pacientes em relação ao início do tratamento (primeira visita).

A Tabela 52 apresenta a distribuição de frequências e porcentagens dos indivíduos, de acordo com as respostas à questão Q2 no segundo período do estudo e os grupos.

Observou-se que, ao término do tratamento, todos os seis pacientes do grupo 2 (100%) melhoraram, enquanto no grupo 1 ainda restava um paciente sem melhora, com 87,5% do grupo placebo melhor em relação à primeira observação.

Tabela 52 - Distribuição da frequência (N) e porcentagem (%) dos indivíduos, de acordo com a resposta da questão 2 no segundo período do estudo (Q2_2) e os grupos (ICG)

			Grupo		Total
			Grupo 1	Grupo 2	
Q2_2	Piora	Frequência %	1 12,5%	0 ,0%	1 7,1%
	Melhora	Frequência %	7 87,5%	6 100,0%	13 92,9%
Total		Frequência %	8 57,1%	6 42,9%	14 100,0%

Ao final do seguimento, todos os pacientes, de ambos os grupos, encontravam-se em estado de melhora. No entanto, vale dizer que o paciente do grupo 1 que abandonou o seguimento estava categorizado como “piora”, quando terminaram as intervenções (Tabela 53).

Tabela 53 - Distribuição da frequência (N) e porcentagem (%) dos indivíduos, de acordo com a resposta da questão 2 no terceiro período do estudo (Q2_3) e os grupos (ICG)

			Grupo		Total
			Grupo 1	Grupo 2	
Q2_3	Melhora	Frequência %	7 100,0%	6 100,0%	13 100,0%
Total		Frequência %	7 100,0%	6 100,0%	13 100,0%

Em resumo, todos os resultados apresentados evidenciaram que a amostra do estudo foi constituída em sua maioria por indivíduos nascidos no Estado de São Paulo e todos residentes na região metropolitana da Capital, com idade média de 45,8 anos, principalmente indivíduos casados, com razoável nível de escolaridade e de emprego.

A randomização entregou dois grupos comparáveis em termos sociodemográficos e em distribuição de diagnósticos psiquiátricos, porém menos homogêneos para as parafilias diagnosticadas, com maior número de *voyeuristas*, *pedófilos* e *frotteuristas* no grupo placebo e de exibicionistas, no

grupo experimental. No entanto, para todas as parafilias em que foi possível a realização de testes estatísticos, não foram encontradas diferenças significantes entre os grupos. A taxa de abandono foi equivalente nos dois braços do estudo.

Não foram observados benefícios significativos para qualidade de vida e adequação social com ambas as intervenções e não houve diferenças estatisticamente significantes entre os grupos. No entanto, em relação ao grupo placebo, o grupo experimental apresentou melhor desfecho clínico para depressão ao término do tratamento, quando a variável foi agrupada de forma categorial, porém não foi feito teste estatístico, devido à presença de valor nulo em uma das caselas do teste.

Ambos os grupos exibiram *tendência* de aumento do *estado* de ansiedade, quando terminaram as intervenções. Para este critério, as médias nos dois últimos períodos do estudo *tenderam* a ser superiores às obtidas, antes do início das intervenções. Não houve modificações estatisticamente significantes do *traço* de ansiedade.

Os resultados obtidos por meio do DRFS salientaram diferenças estatisticamente significantes *entregrupos* para todos os *domínios* do instrumento, conforme seguem:

Domínio de comportamento sexual:

- aumento do número de *tentativas de aproximação sexual normofílica* e redução de *contatos íntimos sexuais normofílicos* no grupo experimental.

Domínio de fantasias sexuais:

- Aumento de *fantasias sexuais normofílicas* e diminuição de *fantasias sexuais parafílicas* no grupo experimental.

Domínio de necessidades sexuais

- Aumento de *masturbação com fantasias normofílicas* no grupo experimental.

As diferenças *intragrupos* ocorreram apenas nos domínios de *comportamento e fantasias sexuais*.

Para o grupo placebo:

- Aumento de *relações sexuais parafílicas* e de *fantasias sexuais em geral*.

Para o grupo experimental:

- Diminuições do número de *contatos íntimos sexuais parafílicos* e de *contatos íntimos sexuais em geral*.

Observou-se também que as questões para as quais foram encontradas diferenças *entregrupos*, no primeiro ou no segundo período do estudo, igualaram-se ou se mantiveram iguais estatisticamente entre os grupos no final do seguimento (*follow-up*). Ou seja:

- Os *contatos íntimos sexuais normofílicos* que ao término das intervenções estavam presentes em média menor no grupo experimental igualaram-se estatisticamente ao grupo placebo no *follow-up*;
- As *fantasias sexuais parafílicas* que no *baseline* estavam presentes em média maior no grupo experimental igualaram-se estatisticamente ao grupo placebo, já ao término das intervenções e se mantiveram assim no *follow-up*;
- As *fantasias sexuais normofílicas* que no *baseline* estavam presentes em média menor no grupo experimental,

igualaram-se estatisticamente ao grupo placebo apenas no *follow-up*;

- As *tentativas de aproximação sexual normofílica* e de *masturbação com fantasias normofílicas* que no *baseline* estavam presentes em média menor no grupo experimental, igualaram-se estatisticamente ao grupo placebo já ao término das intervenções e se manteve assim no *follow-up*.

Os dois grupos obtiveram benefício com ambas as intervenções, de acordo com o Questionário sobre Comportamento Sexual e melhora clínica global, com redução da gravidade das parafílias, mas sem apresentarem diferenças estatisticamente significantes entre si.

DISCUSSÃO

7 DISCUSSÃO

7.1 Amostra

A amostra foi representada por pacientes nascidos e residentes na Região Sudeste do Brasil e todos apresentavam bom nível de escolaridade e de emprego, com média salarial elevada para os padrões brasileiros, de acordo com o Censo Brasileiro de 2010 (IBGE, 2010). Segundo Seligman e Hardenburg (2000) e a *American Psychiatric Association* (2013) os transtornos da preferência sexual costumam causar prejuízos em grande parte do funcionamento psicossocial destes indivíduos, sobretudo em relação a estes parâmetros, os quais se encontravam razoavelmente preservados para os indivíduos desta amostra. Amostras maiores, compostas por sujeitos de outras regiões do País e com parâmetros sociodemográficos mais diversificados, poderiam ser mais representativas e, assim, fornecerem mais subsídios para a pesquisa de populações com diferentes perfis sociodemográficos.

Nem todos os pacientes reuniam condições de horário para frequentarem os grupos de psicoterapia e muitos deles optaram apenas por permanecer no acompanhamento clínico ambulatorial. Por se tratar de sessões semanais extensas e boa parte dos sujeitos estar empregada durante a fase de recrutamento, havia que se ter condições de tempo para realizá-las. Esta restrição limitou o emprego desta intervenção na prática clínica e contribuiu para que a amostra fosse pequena. Alternativamente, horários aos finais de semana poderiam aumentar a adesão e o ingresso de número maior de indivíduos para realização deste tratamento.

O cálculo amostral não foi realizado, basicamente por quatro razões: 1ª) falta de dados suficientes e consensuais na literatura sobre quais desfechos clínicos devam ser considerados; 2ª) os poucos dados encontrados referiam-se a intervenções distintas da empregada neste estudo (por exemplo, uso de antiandrogênicos) e com outros desfechos clínicos avaliados;

3ª) insuficiente número de pacientes disponíveis e 4ª) os poucos dados sobre desfechos clínicos encontrados utilizaram a taxa de recidiva, que não foi pesquisada neste estudo.

A escolha utilizada para a análise estatística dos dados, “intenção de tratar”, ocorreu por duas principais razões: Hulley et al. (2008) aponta que neste tipo de estratégia a randomização não é violada e porque, sendo a amostra pequena, haveria perda de mais dados que foram colhidos daqueles que permaneceram parcialmente no estudo, caso a análise escolhida fosse “por protocolo”.

7.1.1 Abandono

De acordo com Grossman et al. (1999), ficha criminal, reincidência de agressões sexuais e desmotivação com o tratamento são os fatores que mais influenciam a taxa de abandono em tratamentos desta natureza.

Ao longo do curto intervalo de seguimento pós-intervenção, ambos os grupos não apresentaram reincidências de agressões sexuais graves, porém não se empregou metodologia específica para este tipo de avaliação e também não foram feitas pesquisas acuradas da ficha criminal e da motivação com o tratamento. No entanto, todos os pacientes do estudo mostraram-se motivados ao longo do trabalho e manifestaram desejo e preocupação em continuar o tratamento, após o seu término. Análise qualitativa destes dados não foi realizada.

7.2 Análise comparativa dos grupos randomizados e discussão sobre as comorbidades psiquiátricas encontradas

7.2.1 Dados sociodemográficos

Os grupos não apresentaram diferenças estatisticamente significantes quanto a estes parâmetros. No entanto, a análise estatística para escolaridade não pôde ser realizada devido à presença de valores nulos em algumas

categorias. Porém, à inspeção visual dos dados, os grupos foram semelhantes quanto a este parâmetro.

7.2.2 Transtornos psiquiátricos diagnosticados

Os grupos não apresentaram diferenças estatisticamente significantes quanto aos diagnósticos pesquisados e foram considerados semelhantes, apesar da impossibilidade da realização de cálculos estatísticos para aqueles em que havia valores nulos em um dos grupos.

Para depressão, observou-se por meio da análise estatística dos escores do Inventário de Depressão de Beck que os grupos foram estatisticamente iguais, antes de terem iniciado as intervenções e nos dois períodos subsequentes do estudo.

Ao se comparar as prevalências das comorbidades psiquiátricas desta amostra com a de outros estudos, observa-se que Kafka e Prentky (1998) encontraram maior proporção (47,6%) de episódio depressivo maior (atual) e, em estudo mais recente, Kafka e Hennen (2002) encontraram 38,6%.

A seguir, são listados, respectivamente, os principais diagnósticos de comorbidades psiquiátricas de eixo I encontrados nestes dois estudos.

- Transtornos do humor em geral: 73,8% e 71,5%
- Episódio depressivo maior: 47,6% 38,6%
- Distímia: 69,0% e 69,3%
- Transtorno bipolar: 4,8% e 6,8%
- Transtornos ansiosos em geral: 42,9% e 38,6%
- Fobia social: 31,0% e 20,4%
- Transtorno de ansiedade generalizada: 7,1% e 6,8%
- Abuso e dependência por álcool: 35,7% e 31,8%
- Abuso e dependência por canabinóides: 21,4% e 18,1%
- Abuso e dependência por cocaína: 21,7% e 18,1%

- Transtorno do estresse pós-traumático: 14,3% e 5,6%

Em revisão da literatura, Kafka (2012) afirmou que estas comorbidades normalmente se manifestam na infância e na adolescência, a mesma idade de início dos comportamentos parafílicos. Destacou que o abuso de álcool é frequente entre os parafílicos e serve como um desinibidor adicional, concorrendo para a atuação de atos parafílicos. São poucos os estudos que avaliam o tratamento das comorbidades de eixo I nestes pacientes, mas a intervenção terapêutica destas condições deve mitigar o comportamento parafílico (Briken; Kafka, 2007).

Não foi feito nenhum diagnóstico de transtorno afetivo bipolar, apesar de alguns pacientes terem referido quadro compatível com episódio maníaco no passado.

Hoyer et al., 2001 afirmam que a fobia social deve estar associada às parafilias e aos agressores sexuais, no entanto este diagnóstico foi feito apenas para um paciente que pertencia ao grupo experimental. Para transtornos ansiosos em geral, os índices encontrados na amostra foram inferiores aos descritos por Kafka e Prentky (1998) e Kafka e Hennen (2002).

Em resumo, as comorbidades psiquiátricas encontradas apresentaram índices inferiores às habitualmente referidas para estes pacientes, sobretudo para o abuso e dependência ao álcool.

7.2.3 Parafilias de acordo com os critérios do DSM IV – TR

De acordo com Morrison (1995), as parafilias mais comuns em ordem decrescente são: pedofilia, exibicionismo, *voyeurismo* e *frotteurismo*. Diferente deste achado, os diagnósticos mais frequentes para a amostra foram *voyeurismo* e pedofilia. Exibicionismo foi o quarto diagnóstico mais frequente. Duas ou mais parafilias em uma só pessoa não é incomum. Kafka e Prentky (1994) estudaram 60 pacientes, admitidos para o tratamento ambulatorial de parafilias (N=34) e transtornos relacionados às parafilias

(N=26) e encontraram, em média, 1,8 parafilias por paciente, valor semelhante ao encontrado para esta amostra.

Os dois grupos não apresentaram diferenças estatisticamente significantes quanto a estes diagnósticos, mas testes estatísticos não puderam ser aplicados para aqueles em que havia valores nulos em um dos grupos. No entanto, a estratégia de intervenção terapêutica adotada, não se ateve ao tipo de parafilia específica, ao contrário, procurou identificar qual(is) parceiro(as), em particular, os parafilicos evitam. De qualquer forma, não se pode excluir a hipótese de que os diferentes desfechos encontrados, para ambos os grupos, não tenha sofrido influência da heterogeneidade apresentada em relação às parafilias, uma vez que os diversos transtornos parafilicos apresentam diferenças particulares entre si de sintomatologia, resposta aos tratamentos e prognóstico (Fedoroff; Moran, 1997).

7.3 Resultados pós-intervenções

Para ambos os grupos, ao longo de todo o estudo, não foram registradas ocorrências de efeitos colaterais importantes. Quando presentes, foram leves e transitórios e todos estavam relacionados ao uso dos ISRS, não tendo havido pacientes que descontinuaram as intervenções devido a estes efeitos.

7.3.1 Depressão

A ausência de diferenças entre os grupos para os *escores* do Inventário de Depressão de Beck evidenciou que a intervenção testada não apresentou superioridade terapêutica à intervenção placebo, para esta condição. Da mesma forma, não houve influência dos diferentes ISRS empregados, em ambos os grupos. O pequeno número amostral pode ter tido influência neste desfecho estatístico.

No entanto, quando a depressão foi classificada *categorialmente*, observou-se melhor resposta clínica para o grupo experimental, no momento

do término das intervenções, porém o teste estatístico não pode ser realizado, devido à presença de casela com valor nulo, no grupo experimental.

Com maior tempo de intervenção é possível que o grupo experimental alcançasse diferença estatística significativa para este desfecho, comparativamente ao grupo placebo. Por outro lado, não se pode descartar a hipótese de que esta *tendência* de melhora observada no grupo experimental não se deva à distribuição heterogênea dos diagnósticos de parafilias e das diferentes drogas antidepressivas utilizadas nos dois grupos, ainda que a análise da variável quantitativa de depressão não tenha evidenciado diferença nos desfechos dos grupos.

7.3.2 Qualidade de vida

Os grupos não foram estatisticamente diferentes entre si, durante todos os períodos do estudo e não houve diferenças *intragrupos* para os escores de qualidade de vida.

Não obstante, observou-se que o grupo 2 apresentou aumento do escore médio até o término do estudo. Por outro lado, isto não ocorreu com o grupo placebo. Porém, sem significância estatística não se pode afirmar que a intervenção em teste tenha apresentado melhor desfecho para qualidade de vida, mas reforça a necessidade de se empregar *maior tempo de tratamento* para que se verifique a possível superioridade deste tipo de psicoterapia para este quesito.

Os parâmetros aferidos pela escala de qualidade de vida são muito amplos e incluem saúde, lazer, ambiente, transporte, relacionamento social, vida sexual e condições de moradia. Segundo Asadi-Lari et al. (2004), estes parâmetros são susceptíveis de serem afetados por condições psicopatológicas adversas, como no caso dos parafílicos. Johnston et al. (2014) afirmam que, devido à ampla gama de parâmetros aferidos por esta escala, resultados positivos somente poderão ser obtidos com o passar do tempo, sobretudo ao se considerar que é necessária a estabilidade para que

se consolidem. Assim, maior tempo de seguimento pós-intervenção seria necessário para aferir melhor este desfecho.

Diversos aspectos do funcionamento psicossocial dos parafilicos podem não se encontrar prejudicados e o tratamento com o reforço destes que se mantêm preservados poderia promover aumento da autoestima e mudanças positivas sobre o comportamento social e a qualidade de vida, conforme observado por Levine et al. (1990). Marshall e Williams (1975) afirmou não ser suficiente apenas modificar as preferências sexuais, mas também promover o aumento das habilidades sociais e oferecer mais informações por meio de educação sexual. Com maior tempo tratamento, poder-se-ia dar maior atenção também a todos estes itens ao longo do trabalho psicoterapêutico que foi desenvolvido.

7.3.3 Adequação social

O escore médio ajustado encontrado para a população brasileira foi de 1,56 ($\pm 0,36$) e para a população dos EUA, 1,59 ($\pm 0,33$) (Gorenstein et al., 2002). O escore médio obtido para todos os pacientes do estudo, no início do tratamento, foi de 2,14 ($\pm 0,51$) e não houve diferença estatisticamente significativa entre os grupos quanto a este parâmetro. Portanto, como esperado, os pacientes apresentaram maior incapacitação do que a média para populações não clínicas do Brasil. Este achado é comum nos parafilicos, uma vez costumam apresentar diversas dificuldades de se adequarem socialmente, devido a problemas habitacionais, financeiros e de autoestima que, por sua vez, contribuem indiretamente para o aumento do risco de comportamentos parafilicos (Russel et al., 2013).

No grupo experimental houve maior queda do escore médio de adequação social, comparativamente ao grupo placebo, o que poderia sugerir melhor adequação social deste grupo caso houvesse sido obtida significância estatística. Da mesma forma como ocorre para a qualidade de vida, os parâmetros de melhora da adequação social são muito amplos e se encontram na dependência não apenas de vida sexual satisfatória, mas

também de sua estabilidade ao longo do tempo e da capacidade de ajuste dos pacientes para os vários domínios da vida social, geralmente comprometidos pelo estigma, preconceito e inadequação dos atos que envolvem atividades sexuais parafilicas (Ward, 2002a; Ward, 2002b).

7.3.4 Ansiedade

7.3.4.1 Ansiedade (estado)

Houve *tendência* estatística de aumento do estado de ansiedade para os pacientes, de ambos os grupos, durante os períodos do estudo. Moreno (1959, 1973), o fundador do Psicodrama, afirmava ser comum o aumento de ansiedade grupal, em pontos críticos do trabalho psicoterapêutico realizado com grupos. A técnica psicodramática de *Cena de Descarga*, descrita por Medeiros (2010), foi realizada na sessão número 14 e foi utilizada para lidar com esta situação, conhecida por *superaquecimento*.

Kellermann e Hudgins (2010) também defendem que, ao longo do trabalho psicoterapêutico com grupos, as revivências de cenas traumáticas provoca considerável estado de ansiedade e angústia. Assim, durante o trabalho desenvolvido com os grupos desta pesquisa, a mobilização das lembranças de toda a sorte de abusos vividos (sexuais, emocionais e físicos) pode ter provocado esta *tendência* de aumento do *estado* de ansiedade. Há que se confirmar a suposição de que, particularmente no grupo experimental, a incitação provocada para o contato com parcerias sexuais evitadas possa ter sido mais um fator que contribuiu para este desfecho. No entanto, com os dados disponíveis desta pesquisa, isto não pôde ser confirmado.

7.3.4.2 Ansiedade (traço)

Os resultados apresentados mostraram que para o grupo experimental houve redução dos escores de *traço* de ansiedade, enquanto padrão oposto foi observado no grupo placebo, mas não houve diferenças estatísticas significantes entre ambos.

Rojas-Bermúdez (1984) afirma ser importante, durante o trabalho psicoterapêutico com grupos, não apenas a provocação de emoções ligadas a eventos estressores, mas também a compreensão cognitiva destes eventos para que, assim, estratégias positivas de enfrentamento possam ser criadas e implementadas e o nível de ansiedade possa ser reduzido. A intervenção em teste procurou realizar isto.

Mackenzie (1990)⁸ apud Fleury (2008) ressalta a importância da aprendizagem interpessoal advinda do contato terapêutico com os profissionais, com os outros elementos do grupo e com a experimentação de novos comportamentos. Destaca também que compreender as razões de comportamentos geradores de sofrimento promove uma *experiência emocional corretiva* e reduz estados de ansiedade e angústia.

No grupo experimental, ao contrário do grupo placebo, foi realizada intervenção para a busca da compreensão cognitiva dos impedimentos existentes do contato sexual convencional. Também foram lançadas estratégias iniciais de enfrentamento para lidar com esta dificuldade. Esperava-se, com isto, melhora do traço de ansiedade neste grupo, o que não pôde ser confirmado a partir dos resultados obtidos.

7.3.5 Diário de Relações e Fantasias Sexuais (DRFS)

De acordo com Kravitz et al. (1995) e Hanson (2010), os principais domínios avaliados em pacientes com parafilias são *comportamentos, fantasias e necessidades sexuais*. Observou-se que a psicoterapia com foco no *conceito da evitação de parceiros* pôde promover mudanças (ao menos estatísticas) positivas para todos estes quesitos, com variações médias significativas (aumentos e diminuições) dos escores de algumas das questões, todas em direção ao comportamento sexual convencional.

A diminuição média do número de *fantasias sexuais parafilicas* encontrada no grupo experimental (uma das medidas secundárias de eficácia)

⁸ Mackenzie KR. *Introduction to time-limited group psychotherapy*. Washington (DC): American Psychiatric Press; 1990.

foi significativamente maior em relação ao grupo controle, sem no entanto atingir índices inferiores aos encontrados no grupo controle. Por outro lado, o aumento de *fantasias sexuais normofílicas*, *tentativas de aproximação sexual normofílicas* e de *masturbações com fantasias normofílicas* (medidas primárias de eficácia do estudo) também ocorreram de forma superior no grupo experimental, sem no entanto ultrapassar os valores médios aferidos no grupo placebo. No entanto, com base nos resultados estatísticos desta pesquisa, não se pode ainda afirmar qual a real importância clínica destes desfechos, dado o pouco poder estatístico das análises.

Os resultados encontrados assemelham-se aos obtidos pelos ensaios clínicos revisados na literatura, no entanto não são comparáveis, pois esses foram realizados com desenhos, intervenções e amostras distintas às que foram empregadas neste estudo.

Por exemplo, Kafka e Prentky (1994) compararam 13 indivíduos com diagnóstico de parafilias a 11 pacientes com diagnóstico de transtornos relacionados às parafilias. Todos os pacientes utilizaram sertralina, na dose média de 100 mg ao dia, durante 18 semanas. Tratamento psicoterapêutico não foi utilizado. Os grupos não apresentaram diferenças estatísticas entre si para os desfechos e ambos apresentaram diminuição do número médio de *masturbações com fantasias parafilicas* e do tempo gasto com comportamentos parafilicos em geral (*fantasias*, *cortejos* e *relações sexuais parafilicas*).

Rösler e Witztum (1998), em estudo observacional não controlado, realizado com pedófilos (N=25) e portadores de múltiplas parafilias (N=5), administraram doses mensais de 3,75 mg de triptorrelin, um análogo de GnRH, concomitante ao emprego de psicoterapia de apoio. As intervenções tiveram duração entre 8 e 42 semanas. Mensalmente, foram aferidas as *fantasias e relações sexuais* por meio de um instrumento (*Intensity of Sexual Desire and Symptoms Scale*). Obtiveram desfecho positivo, com diminuição do número de *fantasias sexuais parafilicas*. Decaíram de 48 fantasias semanais em média, aferidas no *baseline*, para zero ao longo do tratamento. Também

foram observadas reduções estatisticamente significantes no domínio de comportamento sexual (por exemplo, os equivalentes de *tentativas de aproximação sexual, contatos íntimos e relações sexuais parafilicas* do DRFS).

Crolley et al. (1998) compararam os escores de entrada e saída do Inventário Multifásico Sexual (*Multiphasic Sexual Inventory*). Foram analisados 16 pacientes que deram início a programa de tratamento psicoterapêutico comportamental direcionado a agressores sexuais não encarcerados. O estudo durou 26 meses. Foram observadas mudanças positivas, a partir de reduções estatisticamente significantes nos escores relativos a *comportamento, fantasias e necessidades sexuais parafilicas*.

Ryback (2004), em ensaio clínico sem cegamento, utilizou a naltrexona (doses de manutenção entre 100 e 200 mg; média de 170 mg ao dia) em 21 agressores sexuais adolescentes, de idades entre 15 e 17 anos. Todos os adolescentes haviam cometido abuso sexual infantil e suas vítimas apresentavam idade entre 2 e 12 anos, à época do abuso. Pertenciam a programa de tratamento voltado para agressores sexuais e cumpriam medida judicial, associada à programa educacional e de reabilitação social, em regime de internação. Não foram utilizados tratamentos psicoterapêuticos concomitantes. As medidas foram tomadas por meio de um relatório diário, autorresponsivo, de relações sexuais e masturbações. Observou que o tratamento foi capaz de reduzir as *fantasias parafilicas* e *masturbações com fantasias parafilicas* em 15 dos 21 indivíduos. O número médio de fantasias sexuais decaiu de cinco para apenas uma fantasia parafílica ao dia e o de masturbações com fantasias parafilicas, de duas vezes ao dia para duas vezes por semana.

Letourneau et al. (2009) realizaram ensaio clínico randomizado com adolescentes molestadores sexuais de crianças. Sessenta e sete indivíduos foram alocados para receberem a terapia multissistêmica (TMS) e 60 outros, para intervenção psicoterápica de base cognitivo-comportamental. A TMS constitui-se em abordagem terapêutica ampla, que inclui intervenções

psicoterápicas e de assistência social em ambiente familiar, social e escolar dos adolescentes. O tratamento durou 12 meses. As medidas sobre comportamento sexual desviante foram tomadas por meio de questionário autorresponsivo e também por respostas obtidas dos cuidadores que responderam a uma escala psicométrica (*Adolescent Clinical Sexual Behavior Inventory*). Observou-se, ao término do tratamento e no primeiro ano de seguimento, redução dos níveis de *comportamento sexual parafilico* estatisticamente superior para o grupo que recebeu TMS (medidas semelhantes às *relações, contatos e tentativas de aproximação sexual* do DRFS). O segundo ano do seguimento desta pesquisa continuou a apresentar os resultados mais favoráveis que foram alcançados pela TMS (Letourneau et al., 2013).

São raros os ensaios clínicos controlados para parafilicos e que foram encontrados na revisão da literatura. Os publicados quase sempre incluíam o uso de medicações antiandrogênicas, com grupos bastante heterogêneos quanto ao diagnóstico de parafilias, desenhos pouco rigorosos e com o uso de diversas escalas psicométricas, algumas delas não validadas. Grande parte destes ensaios clínicos foram realizados com agressores sexuais mais graves, tais como estupradores e pedófilos confessos, muitos deles em regime prisional, conclusões estas semelhantes às revisões feitas por Richer e Crismon (1993) e Turner et al. (2014).

Desta forma, a comparação dos resultados obtidos com este trabalho com os de outras publicações é limitada.

7.3.5.1 Discussão sobre as diferenças observadas no desfecho dos grupos

Por se tratar de um ensaio clínico, as diferenças com significância estatística a serem consideradas são aquelas encontradas *entre* os grupos (fator grupo). As diferenças *intragrupo* (fator tempo) podem ser devidas a uma série de variáveis que não foram controladas e não podem ser atribuídas

especificamente às distintas intervenções psicoterapêuticas empregadas nos dois grupos (Hulley et al., 2008).

Com a importante ressalva adicional de que não há poder estatístico e análises suficientes para confirmar o real significado clínico dos desfechos obtidos pelos grupos, poder-se-ia admitir, conjecturalmente, que as diferenças *intragrupos* observadas no grupo experimental apresentaram um resultado “clínico” positivo e outro que poderia ser considerado neutro. Para o grupo placebo, um negativo e outro, neutro.

No grupo experimental, no domínio de *comportamento sexual*, a diminuição dos contatos íntimos sexuais ocorreu para aqueles classificados como *parafilicos* (questão Q6), resultado que seria positivo para uma das medidas secundárias de eficácia empregadas, caso tivesse sido observada diferença estatística significativa entregrupos. Porém, a soma de todos os tipos de *contatos íntimos sexuais* apresentou diminuição (questão Q5), um desfecho que pode ser considerado neutro.

No grupo placebo, por outro lado, o domínio de *comportamento sexual* apresentou aumento de *relações sexuais parafilicas* (questão Q3), desfecho “clínico” que pode ser considerado negativo. Por sua vez, no domínio de *fantasias sexuais*, o aumento das *fantasias sexuais em geral* (questão Q8) pode ser reputado “cl clinicamente” como neutro.

Ademais, observou-se que os grupos se portaram *distintamente* quanto à evolução dos desfechos dos três domínios do DRFS. Enquanto no grupo placebo houve tendência de *aumento* das medidas de todos os domínios, no grupo experimental houve tendência de *diminuição*.

A análise de todos os resultados *com significância estatística* e a análise conjectural daqueles *sem significância estatística* (Apêndice B), permite resumi-los da seguinte forma:

Para o *grupo placebo* ocorreram os seguintes *aumentos* dos escores, ao menos no término das intervenções, nos seguintes domínios:

- Comportamento sexual: *contatos íntimos sexuais normofílicos*, quando termina o tratamento (*entregupos* – questão Q7); *relações sexuais parafílicas* (*intragrupo* – questão Q3). Apesar da não significância estatística: *relações sexuais em geral* (questão Q2); *relações sexuais normofílicas* (questão Q4); *contatos íntimos sexuais em geral* (questão Q5) e *contatos íntimos sexuais parafílicos* (questão Q6).
- Necessidades sexuais: *masturbações em geral*; *masturbações com fantasias parafílicas*; *escore mediano de masturbações com fantasias normofílicas*. Todos estes sem significância estatística (questões Q14, Q15 e Q16, respectivamente);
- Fantasias sexuais: *fantasias sexuais em geral* (*intragrupo* – questão Q8); *fantasias sexuais parafílicas* e *fantasias sexuais normofílicas*, estas duas últimas sem significância estatística (questões Q9 e Q10, respectivamente).

Para o *grupo experimental* ocorreram as seguintes *diminuições*, ao menos no término das intervenções, nos seguintes domínios:

- Comportamento sexual: *contatos íntimos sexuais normofílicos* ao término do tratamento (*entregupos* – questão Q7); *média de contatos íntimos sexuais em geral*, no final do seguimento (*intragrupo* – questão Q5); *contatos íntimos sexuais parafílicos* (*intragrupo* – questão Q6). Apesar da não significância estatística: *relações sexuais em geral* (questão Q2); *relações sexuais normofílicas* (questão Q4); *relações sexuais parafílicas* (questão Q3); *média de tentativas de aproximação sexual em geral* (questão Q11); *média de tentativas de aproximação sexual parafílica* (questão Q12).
- Necessidades sexuais: *masturbações com fantasias parafílicas*, porém sem significância estatística (questão Q15);

- Fantasias sexuais: *fantasias sexuais parafilicas* (entregrupos – questão Q9). Apenas *com tendência estatística intragrupo*: *fantasias sexuais em geral* (questão Q8) ($P=0,06$).

Há pelo menos dois pontos a serem primordialmente considerados ao se observar este comportamento *distinto* dos grupos em relação ao aumento e diminuição dos escores das medidas dos domínios.

O primeiro ponto é que as diferenças *entregrupos* encontradas podem ser atribuídas ao tipo de intervenção psicoterapêutica distinta que foi aplicada no grupo experimental, conforme previsto no método (Hulley et al., 2008).

Cunhou-se a diferença de intervenção entre os grupos na oitava sessão, ou seja na metade do tempo de intervenção. Enquanto no grupo experimental passaram a ser abordadas questões ligadas ao impedimento do contato com o parceiro evitado, o grupo placebo permaneceu até o final da intervenção apenas tratando das questões relacionadas aos parceiros possíveis (parafilicos) e das consequências apresentadas em suas vidas.

Desta forma, a diferença fundamental nas intervenções psicoterapêuticas entre os dois grupos foi que no grupo experimental se aventou a possibilidade de redirecionamento do desejo sexual e se discutiram os *impedimentos* relacionados a isto.

Destaca-se que, enquanto o grupo placebo tinha como alternativas *liberar* o comportamento parafilico (*perverter-se* sexualmente) ou *reprimi-lo* (por exemplo, por meio de mecanismos repressores sociais, legais, morais, religiosos, superegóicos, neuróticos ou por meios terapêuticos), o grupo experimental teve uma alternativa a mais: vislumbrar a possibilidade de *recanalização da descarga sexual* para os parceiros convencionais.

Isto de fato ocorreu para algumas das medidas primárias de eficácia adotadas e de forma estatisticamente significativa para o grupo experimental, embora os desfechos comportamentais positivos não tenham ultrapassado,

em média, os do grupo placebo e de ainda ser desconhecido o real valor clínico destes achados.

O segundo ponto é buscar possíveis explicações para este *distinto* comportamento dos grupos em relação às variações dos escores das medidas dos domínios (aumento no grupo placebo e diminuição no grupo experimental). Trabalho difícil e arriscado, devido a escassez de dados na literatura médica baseada em evidências, que possam respaldar as hipóteses aventadas e do pouco poder estatístico das análises realizadas.

Moreno (1959), Bion (1975) e Gabbard e Bennett (2005) veem como princípios fundamentais de qualquer tratamento psicoterápico a criação de um espaço terapêutico (*setting*) livre de julgamento moral, condenação, repugnância, espanto ou rejeição. Estes princípios básicos foram aplicados para *ambos* os grupos e houve a possibilidade de serem relatados e discutidos comportamentos sexuais que são condenados social, legal e moralmente e que ao mesmo tempo se constituem em *tabus*. Yalom e Leszcz (2006) descreveram que um dos fatores terapêuticos presentes nos grupos é o da *universalidade*, relacionada ao reconhecimento de problemas semelhantes entre os membros de um grupo e que favorece a experiência em não se sentir único com algum problema. A oportunidade de compartilhá-lo, além de trazer alívio, pode, por vezes, *acirrar* a manifestação do comportamento problemático, num primeiro momento.

O *aumento* médio dos *comportamentos, fantasias e necessidades sexuais*, observado no grupo placebo, pode ter sido consequência da criação de um *setting* terapêutico que favoreceu a oportunidade *universal* em se discutir a problemática sexual entre os indivíduos do grupo.

No entanto, este mesmo *setting* provocou, no grupo experimental, comportamento inverso ao do grupo placebo: *redução* de todos os domínios avaliados pelo instrumento utilizado (DRFS).

Isto poderia ser explicado por um possível *titubeio* inicial em relação à atividade sexual em geral. O impacto inicial causado pela insegurança, medo e dúvidas frente à novidade de *recanalizar a descarga sexual* para parceiros

convencionais pode ter deixado os elementos do grupo experimental mais receosos e, num primeiro momento, terem *diminuído* a atividade sexual. Beech e Mitchell (2005) lembram que mudanças no comportamento sexual, presentes ao longo de uma vida, não podem ser realizadas em um curto espaço de tempo.

Rodrigues (2012) explica o fenômeno, chamado de *defesa de evitação*, que pode ter levado o grupo experimental a apresentar este *titubeio*. Como o próprio nome diz, constitui-se em *mecanismo de defesa*, empregado pelo psiquismo, que pode ser consciente ou parcialmente consciente, para lidar com *situações temidas*. Há *hesitação e afastamento*, em que se evita agir frente a estas situações, semelhante aos *mecanismos psicodinâmicos* observados nos quadros fóbico-evitativos. Estes são muito comuns em parafilicos (Hoyer et al., 2001).

O desfecho “clínico” negativo de *redução dos contatos íntimos sexuais normofílicos*, observado apenas no grupo experimental e ao término das intervenções, poderia ser explicado pelo fato de que beijos, abraços e carícias ocorrerem frequentemente entre pessoas com algum tipo de vínculo afetivo-sexual, ainda que precário, como no caso de parafilicos (Potter, 2013). A maioria dos indivíduos do grupo experimental (N=4) estava casada ou com parceiras sexuais estáveis e com elas estes *contatos íntimos sexuais* podem ter sido reduzidos, logo ao término do tratamento. No entanto, este *titubeio* não os impediram de se lançarem em novas *tentativas de aproximação sexual normofílica* e de experimentarem mais *fantasias sexuais normofílicas* do que o grupo placebo (sem, no entanto, terem conseguido ultrapassar estes valores médios em relação ao grupo placebo).

A seguir, são apresentados alguns trechos de discursos dos pacientes do grupo experimental, com suas próprias palavras, que sugerem a redução de *contatos íntimos sexuais normofílicos* com suas parceiras. A leitura dos trechos de sessões do grupo placebo não mostrou destaque para este tema (dados não apresentados). *Adverte-se, no entanto, que não foi realizada análise qualitativa neste estudo.*

S.M.B., 31 anos, exibicionista: “ – Fico muito preocupado em dar prazer para minha mulher. Fico nervoso com isto, mas faço de tudo. Capricho nas preliminares e procuro ‘pegar’ nos lugares que ela gosta. Mas, faço por obrigação e não porque eu gosto. Quando vou para a janela, o compromisso é apenas com o meu prazer” (12ª. Sessão).

L.B.H.M.S., 25 anos, necrófilo: “ – Às vezes penso que se estivesse apenas com o corpo da minha namorada, morta, seria mais prazeroso para mim, pelo menos ela não me acharia feio. Ela nunca me disse que sou feio, mas sei que ela me acha. Para compensar, procuro sempre ser carinhoso com ela, antes do sexo e quero satisfazer ‘ela’ o tempo todo” (13ª sessão).

L.A.S., 42 anos, masoquista: “ – Acho que minha namorada dá mais atenção para os filhos dela do que para mim. Sempre dá prioridade para eles e eu me sinto sempre deixado de lado. Fora da cama, tento fazer carinho nela, dando um beijinho aqui e ali e faço quase tudo o que ela quer. Não adianta, acho que ela ainda prefere ficar com os filhos dela do que comigo. ‘Me’ sinto rejeitado. Quando ela topa brincar comigo, sendo a Rainha má, fico com muito ‘tesão’. Ela me humilha, ‘me’ xinga, ‘me’ abandona... Ou quando finjo que sou seu cachorrinho. Ela manda, eu obedeço. ‘Me’ enxota, eu vou. Fico muito excitado com isto. Estar na mão dela...”.

Em resumo, para o grupo experimental, observou-se redução de *comportamentos*, *fantasias* e *necessidades sexuais*. A redução com significância estatística *entregrupos* foi para as *fantasias sexuais parafilicas* (questão Q9) e para os *contatos íntimos sexuais normofílicos* (questão Q7). As reduções com significância *intragrupo* foram para *contatos íntimos sexuais em geral* (questão Q5) e para *contatos íntimos sexuais parafilicos* (questão Q6). No entanto, houve alguns aumentos para o grupo experimental. Aqueles com significância estatística *entregrupos* foram: *tentativas de aproximação*

sexual normofílica (questão Q13), *fantasias sexuais normofílicas* (questão Q10) e *masturbações com fantasias normofílicas* (questão Q16).

Para o grupo placebo, observou-se aumento de *comportamentos, fantasias e necessidades sexuais*. Não houve aumentos com significância estatística *entregrupos*. Os aumentos com significância estatística intragrupo foram para *relações sexuais parafílicas* (questão Q3) e, ao término das intervenções, para *fantasias sexuais em geral* (questão Q8).

7.3.5.2 Orgasmo e ereção peniana

Em relação ao orgasmo e à ereção peniana não foram encontradas diferenças estatisticamente significantes entre os grupos, nem entre os períodos do estudo, dentro de cada grupo. Derogatis (1998) afirmou ser notável a influência exercida pelo psicológico sobre o funcionamento sexual, sobretudo nas funções orgásmicas e eréteis, mas destacou que elas também se encontram regidas pelos mecanismos fisiológicos excitatórios. Assim, o tratamento psicoterapêutico utilizado e o uso de ISRS não modificaram estas funções, apesar de serem bem reconhecidos os efeitos colaterais sobre os domínios sexuais, provocados por estes antidepressivos (Rizvi; Kennedy, 2013; Trenque et al., 2013). Destaca-se, no entanto, que o instrumento utilizado (DRFS) não foi o mais adequado para a realização destas aferições. Há outros instrumentos apropriados, tais como o Índice Internacional de Função Erétil – IIFE (Rosen et al., 1997).

7.3.6 Questionário sobre Comportamento Sexual

Na literatura, encontram-se algumas escalas não traduzidas para a Língua Portuguesa e que nem sempre refletem os três domínios que foram avaliados nesta pesquisa. A maioria delas foi criada para avaliação da pedofilia e da agressão sexual, em particular (Hempel et al., 2013; Mokros et al., 2013; Perillo et al. 2014).

Assim, preferiu-se criar esta escala. Apesar de não terem sido realizados testes de consistência interna, replicabilidade e de validade, o

escore mostrou-se útil, por aferir todos os pontos relevantes do funcionamento sexual que são frequentemente avaliados nas parafilias (Kravitz et al., 1995; Hanson, 2010).

A análise dos resultados deste questionário mostrou efeito positivo dos processos de psicoterapia empregados, independente do grupo. Ou seja, os *comportamentos, fantasias e necessidades sexuais* caminharam em direção ao padrão sexual convencional.

Stirpe et al. (2001) e Bogaerts et al. (2008) apontam que resultados positivos obtidos logo após o tratamento são elementos de prognóstico favoráveis. Observou-se que os desfechos “clínicos” positivos ocorreram em tempos diferentes para os grupos. Apesar de ambos não terem apresentado, em nenhum dos períodos, diferenças *entregrupos*, para o grupo experimental a diminuição dos escores ocorreu logo ao término do tratamento, enquanto para o outro, apenas no final do seguimento.

Nenhum dos sujeitos da pesquisa recebeu qualquer intervenção psicoterapêutica durante o período de seguimento do estudo. No entanto, não se pode atribuir esta diferença de comportamento dos escores dos grupos às distintas intervenções psicoterapêuticas empregadas, uma vez que ela ocorreu apenas *dentro* de cada grupo. Ressalta-se, no entanto, que para o grupo experimental a diferença intragrupo ocorreu justamente ao término do tratamento e se manteve constante até o final do estudo e em valor estatisticamente significativo menor do que no início do tratamento. Desta forma, o padrão desejado de melhora do comportamento sexual ocorreu para o grupo experimental, porém sem alcançar significância estatística em relação ao grupo placebo.

Conclui-se que, independentemente da técnica psicoterapêutica que foi utilizada, ambos os grupos obtiveram melhora do padrão de comportamento sexual, de acordo com esta escala.

7.3.7 Escala de Impressão Clínica Global (ICG)

Esta escala é uma das mais frequentemente utilizadas para a aferição de desfechos clínicos. Baseada na avaliação de um profissional com experiência no assunto, este instrumento fornece importantes informações preliminares acerca da melhora obtida com determinado tipo de tratamento, aliado ao fato de ser um instrumento simples, rápido e de fácil aplicação (Guy, 1976).

Para os desfechos “clínicos” positivos obtidos igualmente pelas duas intervenções, não se pode excluir a possibilidade de ter se devido simplesmente ao emprego dos ISRS, uma vez que há evidências de que estes medicamentos são capazes de reduzir o número de comportamentos, fantasias e necessidades sexuais desviantes (Kafka; Prentky, 1992; Stein et al., 1992; Fedoroff, 1995; Coleman et al., 2000; Kafka; Hennen, 2000).

Dickinson et al. (2012) observaram que a maioria dos pacientes parafilícos que recebeu tratamento para esta condição referiu falta de empatia com clínicos, psicoterapeutas e com outros membros da equipe. Seligman e Hardenburg (2000) afirmaram que quando é oferecida a oportunidade de tratamento dentro de um *setting* terapêutico *acolhedor* há resultados clínicos satisfatórios, independente da técnica psicoterápica empregada. Assim, os resultados “clínicos” positivos obtidos com o emprego das duas intervenções sugerem que ambas foram benéficas aos pacientes.

IMPLICAÇÕES PARA FUTURAS PESQUISAS

8 IMPLICAÇÕES PARA FUTURAS PESQUISAS

Os desfechos desta pesquisa poderão servir de base para desenhos de novos estudos sobre o tema. Estes deverão incluir amostras maiores com a realização de cálculos amostrais. Maletzky e Steinhauer (2002) recomendaram que amostras para este tipo de estudo sejam compostas de aproximadamente 500 pacientes, baseados no sucesso alcançado pelas intervenções para a redução da taxa de recidiva de agressões sexuais.

Garcia e Thibaut (2011) têm sugerido que o tempo de duração de intervenções psicoterapêuticas para parafílicos deva durar entre três a cinco anos, demonstrando o curto tempo de intervenção empregado neste estudo, sobretudo ao se considerar que a intervenção em teste foi implementada apenas na oitava sessão.

Esta pesquisa mostrou a necessidade de amostras mais homogêneas quanto ao diagnóstico, gravidade das parafilias, comorbidades psiquiátricas, tempo de evolução da doença e número de parafilias diagnosticadas por paciente, parâmetros estes importantes para o prognóstico, conforme apontam Alexander (1999) e Maletzky e Steinhauer (2002). Isto permitirá maior precisão ao se aferir os desfechos em futuras pesquisas.

Ensaio com outros grupos paralelos – medicados com diferentes psicofármacos e com intervenções psicoterapêuticas distintas – poderiam elucidar diferenças de efetividade entre eles. O tratamento dos casos de parafilias moderadas a graves respondem melhor ao uso de terapias de deprivação androgênica, associadas à psicoterapia de base cognitivo-comportamental (Rösler; Witztum, 1998; Briken et al. 2003; Briken; Kafka, 2007; Garcia; Thibaut, 2011). Neste caso, o uso de medicações antiandrogênicas – proscrito no Brasil para os casos de parafilias – impediria a realização de estudos com desenhos que incluíssem estas medicações.

Alternativamente, novos estudos poderão lançar mão da estratificação da amostra para obtenção de comparações entre grupos mais homogêneos

quanto a todos estes parâmetros citados anteriormente, desde que haja número suficiente de pacientes para novos ensaios clínicos.

É de capital importância o uso de escalas psicométricas especificamente elaboradas para parafílicos e validadas para a Língua Portuguesa, para que se possa apurar não só os desfechos clínicos, mas também diagnósticos.

Períodos de seguimento mais longos pós-intervenções mostraram-se necessários. Os resultados desta pesquisa evidenciaram que o *comportamento*, as *fantasias* e as *necessidades sexuais parafílicas* oscilam sobremaneira. Assim, tanto a melhora como a piora destes parâmetros podem significar apenas modificações transitórias. Kravitz et al. (1995), Maletzky e Steinhauser (2002), Briken et al. (2003) e Garcia e Thibaut (2011) sugerem que tempo de *follow-up* adequado varie entre pelo menos seis meses a até sete anos ou mais. Sobretudo se considerar que, se o objetivo do tratamento atual é diminuir ou eliminar o comportamento parafílico, a recidiva é o principal indicativo de falha terapêutica, segundo afirmam Maletzky e Steinhauser (2002).

Desta forma, observou-se também a necessidade de se elaborar escalas validadas para a Língua Portuguesa que possam aferir parâmetros psicométricos de predição do risco de recidiva. Os resultados deste estudo forneceram indícios de quais parâmetros deverão ser elencados para este fim, tais como análises acuradas da taxa de abandono, comorbidades psiquiátricas, análise de ficha criminal e motivação para o tratamento, por exemplo.

Notou-se ao longo do estudo que os pacientes mais motivados com o tratamento, com poucas faltas e com quadros mais leves, responderam melhor ao tratamento, no entanto não foram efetuadas análises quantitativas nem qualitativas quanto a estes fatores e estas deverão ser consideradas em futuras pesquisas, a fim de se determinar qual o perfil de paciente que poderia responder melhor à esta intervenção.

Análise qualitativa em trabalhos futuros poderão ajudar a elucidar desfechos para os quais ainda não existem instrumentos de aferição psicométrica confiáveis.

IMPLICAÇÕES PARA CLÍNICA

9 IMPLICAÇÕES PARA A CLÍNICA

Os desfechos “clínicos” positivos encontrados neste estudo apontam para a necessidade de os profissionais que assistem estes pacientes dedicarem especial atenção à *pesquisa e tratamento* das falhas estruturais da formação da *identidade sexual*, por meio da exploração das relações parentais, do meio familiar, social e cultural presentes nos momentos críticos do desenvolvimento na infância e adolescência.

Da mesma forma, durante o processo psicoterapêutico, o foco não deverá estar voltado *apenas* à cessação de comportamento parafílico, mas também deve ser dada oportunidade à mobilização da *angústia patológica* (para que possa ser tratada), por meio do *estímulo e encorajamento* dos pacientes a experimentarem o contato evitado com parcerias sexuais normofílicas. Bogaerts et al. (2008) advertem que a simples redução do desejo sexual parafílico – provocada geralmente por técnicas aversivas ou por medicações que diminuem o desejo sexual – pode deslocar o comportamento sexual desviante, geralmente compulsivo, para outros tipos de adições comportamentais.

O aumento médio das *fantasias sexuais normofílicas* no grupo experimental indica a importância deste *estímulo e encorajamento* serem direcionados também para o plano imaginativo, um dos primeiros passos à realização de qualquer atividade humana. O aumento médio de *tentativas de aproximação sexual normofílica*, no grupo experimental, sugere que a estratégia utilizada deste *estímulo* surtiu algum efeito, ainda que não seja claro se estes desfechos apresentam significância clínica na prática, considerando o baixo poder estatístico alcançado pelas análises empregadas neste estudo.

Uma vez que se observou *tendência* de maior *estado* de ansiedade ao longo do tratamento, é importante que os clínicos e psicoterapeutas utilizem estratégias farmacológicas e psicoterapêuticas, respectivamente, para a identificação e tratamento desta condição.

Os índices encontrados de depressão e de comorbidades psiquiátricas na amostra sugerem a importância clínica de identificação e tratamento destes transtornos, associando ao tratamento farmacológico o psicoterapêutico. Kafka e Hennen (2002), Briken e Kafka (2007) e Kafka (2012) afirmaram que estas condições frequentemente prejudicam a evolução e o prognóstico das parafilias.

Trabalho de prevenção das parafilias deve ser implementado por meio da pesquisa do *histórico sexual* (relações parentais, abusos sexuais emocionais ou físicos, primeiras experiências) e de rápida intervenção psicoterapêutica, quando indicada. Da mesma forma, o tratamento precoce de comorbidades psiquiátricas, sobretudo depressão e problemas relacionados ao álcool, deve ser realizado assim que forem identificados.

Por fim, os desfechos deste estudo evidenciaram que o tratamento ambulatorial foi alternativa viável para as parafilias, estando de acordo com alguns estudos (Grossman et al., 1999; Lothstein, 2001; Stirpe et al., 2001).

LIMITAÇÕES

10 LIMITAÇÕES

Este estudo foi realizado com amostra pequena, o que acarretou altos desvios-padrão nos cálculos estatísticos utilizados e dificultou a obtenção de possíveis diferenças estatísticas entre os grupos. Ambos não foram comparáveis no *baseline* para a maioria das medidas de eficácia adotadas e as variações ocorridas nos escores destas medidas, apesar de estatisticamente significantes para o grupo experimental em comparação ao grupo controle, não puderam *ultrapassar* ou *regredir* às do *baseline*, aferidas neste último. Isto contribuiu para o pouco poder estatístico das análises.

Há que se avaliar a significância dos desfechos positivos obtidos pelo grupo experimental e se eles vão se manter estáveis ao longo do tempo. Isto poderia ser feito, por exemplo, com o emprego de cálculos de efeito de tamanho (*effect size*) e com período maior de seguimento pós-intervenções, respectivamente. No entanto, destaca-se que há divergências quanto a qual técnica deve ser utilizada nesses cálculos, quando se tratam os dados de uma pesquisa de forma *não paramétrica* e há divergências até mesmo quanto à viabilidade de sua realização, nestes casos (Leech; Onwuegbuzie, 2002). Ademais, os ensaios clínicos costumam ser caros e morosos, o que dificulta períodos longos de seguimento pós-intervenções.

O desenho unicego do ensaio pode ter afetado os desfechos que podem ter sido influenciados, voluntária ou involuntariamente, pelo conhecimento deste fato pelos pacientes e pelos terapeutas. No entanto, há que se discutir se é possível realizar estudos duplo-cegos em psicoterapia. Todavia, as avaliações dos desfechos da escala ICG foram realizadas pelo psiquiatra cego às alocações dos pacientes para os grupos e o DRFS e o Questionário sobre Comportamento Sexual foram autorresponsivos e, portanto, não sofreram a interferência de um avaliador externo.

Outra limitação pode ter sido o uso de dois tratamentos ao mesmo tempo: a intervenção psicoterapêutica e o uso de ISRS, causando interferência múltipla sobre os desfechos. Entretanto, tentou-se controlar este

viés, selecionando os pacientes que não estavam em uso de medicamentos antidepressivos e de outros que afetam a função sexual nos últimos três meses, bem como só foram incluídos aqueles que estavam há pelo menos doze meses sem tratamento psicoterapêutico. O emprego da randomização pode ter contribuído para minimizar as diferenças dos grupos quanto ao uso dos diversos ISRS, no entanto o pequeno tamanho amostral limitou o seu sucesso. Por outro lado, seria questionável do ponto de vista ético privar os pacientes do uso destes medicamentos, empregados no tratamento de parafilias, ou uniformizar dose e tipo de ISRS, com a intenção de minimizar este *viés*.

A separação por domínios do Questionário sobre Comportamento Sexual poderia trazer informações adicionais às do DRFS e a comparação entre pacientes *com* e *sem* melhora para os desfechos poderia sugerir qual o perfil daqueles que respondem melhor a esta intervenção, bem como aqueles com chance maior de recidivarem o comportamento parafílico.

A comparação dos resultados preliminares até a sétima sessão poderia fornecer informação de como evoluíram os grupos até este momento. Não foram realizadas análises estatísticas com a exclusão de *outliers*. A não realização destes dois procedimentos foi, respectivamente, devida ao extenso número de resultados apresentados e pela possibilidade de perda de mais pacientes para a análise estatística com possibilidade de se violar a randomização, caso houvesse exclusão intencional de pacientes da análise.

Algumas hipóteses aventadas para os desfechos “clínicos” observados vieram de referências da Psicologia e a utilização de análise qualitativa dos resultados poderia ser útil para melhor respaldá-las.

Por questões ético-legais, a amostra não incluiu pedófilos com prática parafílica atual e nem pacientes sadomasoquistas que apresentassem prática não consensual. Por outro lado, não havia na lista de espera pacientes com estas características.

Por fim, a não validação de escalas psicométricas pode ter causado *viés de aferição*, ainda que os instrumentos utilizados – DRFS e Questionário

sobre Comportamento Sexual – possam apresentar alguma validade aparente (*face validity*), o uso de instrumentos que atendam a este quesito poderia contribuir sobremaneira para a verificação da *validade interna* deste estudo.

CONCLUSÕES

11 CONCLUSÕES

Os dois grupos foram semelhantes e comparáveis em termos sociodemográficos. A idade média dos pacientes foi de 45,8 anos, maioria casada e com bons níveis de escolaridade e renda. Quanto às comorbidades psiquiátricas, estas apresentaram índices menores do que os encontrados em parafilicos, principalmente para depressão e para o uso problemático do álcool. A distribuição das parafilias entre os grupos não foi completamente homogênea. *Voyeurismo* e pedofilia foram os diagnósticos mais frequentes em toda a amostra.

A psicoterapia com foco no *conceito da evitação de parceiros* trouxe modificações positivas no padrão de escolhas de parcerias e fantasias sexuais. Houve variações (aumentos e diminuições) dos escores do DRFS, com diferenças estatisticamente significantes entre os grupos, mais favoráveis ao grupo experimental. Entretanto, estas oscilações de escore não puderam ultrapassar ou regredir em relação aos valores médios encontrados no grupo placebo. O grupo experimental apresentou maior aumento, com significância estatística, das *tentativas de aproximação sexual normofílica*, das *fantasias sexuais normofílicas* e das *masturbações com fantasias normofílicas* ao mesmo tempo em que apresentou maior redução das *fantasias sexuais parafilicas*.

O grupo experimental e o grupo controle não apresentaram diferenças estatisticamente significantes entre si para a melhora obtida no *comportamento*, *fantasias* e *necessidades sexuais* parafilicas, de acordo com o Questionário sobre Comportamento Sexual.

Não houve melhora estatisticamente significativa dos escores de qualidade de vida e adequação social para ambos os grupos. Ao se considerar a variável depressão categoricamente, observou-se que o grupo experimental apresentou maior resposta clínica ao término das intervenções, porém não foi realizado teste estatístico, devido à ausência de pacientes no grupo experimental classificados com “depressão”, neste período. Para ambos os

grupos, foi igualmente encontrada maior incapacidade de adequação social comparativamente a populações não clínicas.

Houve *tendência* estatística de aumento, para ambos os grupos, do *estado* de ansiedade. O *traço* de ansiedade não diminuiu ao longo do estudo de forma estatisticamente significativa para os grupos.

Ambos os grupos não foram distintos, em termos estatísticos, para a redução dos índices de gravidade da doença e para a melhora clínica global que foram obtidas pelas duas intervenções.

Os desfechos encontrados neste estudo, apesar do pouco poder estatístico das análises, sugerem que o tipo de intervenção testada pode promover mudanças positivas para o padrão de escolhas de parcerias e fantasias sexuais de parafilicos que se encontram em tratamento medicamentoso.

ANEXOS

12 ANEXOS

Anexo A – Diário de relações e fantasias sexuais (DRFS)

Por favor, assinale a alternativa que melhor descreve a situação para cada um dos dias do mês. Não se sinta ofendido com as perguntas, pois queremos apenas saber como anda sua vida e escolhas sexuais.

Questões	2ª.f	3ª.f	4ª.f	5ª.f	6ª.f	Sábado	Domingo
1) Hoje você teve relação sexual, fantasia sexual, contato íntimo ou tentativa de aproximação relacionados ao problema que veio tratar aqui?	() Não () Sim	() Não () Sim	() Não () Sim	() Não () Sim	() Não () Sim	() Não () Sim	() Não () Sim
2) Quantas relações sexuais você teve hoje?							
3) Caso tenha tido relações sexuais hoje, quantas delas continham práticas sexuais relacionadas ao problema que veio tratar aqui?							
4) Quantas das relações sexuais NÃO continham práticas sexuais relacionadas ao problema que veio tratar aqui?							
5) Quantos contatos íntimos sexuais (abraços, beijos, carícias) você teve com alguém hoje?							
6) Quantos desses contatos estavam relacionados ao problema que veio tratar aqui?							
7) Quantos desses contatos NÃO estavam relacionados ao problema que veio tratar aqui?							

8) Quantas fantasias sexuais, aproximadamente, você teve hoje?							
9) Quantas dessas fantasias sexuais estavam relacionadas ao problema que veio tratar aqui?							
10) Quantas dessas fantasias sexuais NÃO estavam relacionadas ao problema que veio tratar aqui?							
11) Hoje, quantas vezes você tentou se aproximar de alguém para paquerar, namorar, seduzir, “xavecar” ou conhecer de forma mais íntima?							
12) Quantas dessas tentativas tinham a ver com o problema que veio tratar aqui?							
13) Quantas dessas tentativas NÃO tinham a ver com o problema que veio tratar aqui?							
14) Quantas vezes você se masturbou hoje?							
15) Quantas dessas masturbações continham fantasias relacionadas ao problema que veio tratar aqui?							
16) Quantas dessas masturbações NÃO continham fantasias relacionadas ao problema que veio tratar aqui?							
17) Quantas vezes você teve orgasmo (“gozou”) hoje?							
18) Quantas vezes você teve ereção (pênis endureceu) hoje?							

Anexo B – Questionário sobre Comportamento Sexual

1) Qual o problema sexual que veio tratar no Instituto de Psiquiatria?

R= _____

2) Quanto você tem se excitado, com tesão pelas práticas sexuais relacionadas ao problema que veio tratar no Instituto de Psiquiatria?

() nenhuma excitação (1)

() fico um pouco excitado (2)

() fico excitado (3)

() fico muito excitado (4)

3) Quanto você tem tido fantasias sexuais relacionadas ao problema que veio tratar no Instituto de Psiquiatria?

() não tenho tido essas fantasias (1)

() tenho tido menos dessas fantasias (2)

() tenho o mesmo tanto de fantasia que tinha antes (3)

() tenho tido mais dessas fantasias do que tinha antes (4)

4) Quanto você tem sentido necessidade de realizar as práticas sexuais relacionadas ao problema que veio tratar no Instituto de Psiquiatria?

() nenhuma necessidade (1)

() sinto menos necessidade (2)

() sinto a mesma necessidade de antes (3)

() sinto mais necessidade que antes (4)

5) Quanto você tem tido de prazer com relações sexuais, contatos íntimos, fantasias ou masturbações, utilizando-se de práticas sexuais relacionadas ao problema que veio tratar no Instituto de Psiquiatria?

() não tenho tido prazer (1)

() tenho tido menos prazer (2)

() ainda tenho o mesmo prazer de antes (3)

() tenho tido mais prazer que antes (4)

- 6) Quanto você se excita, sente tesão em relações sexuais com apenas uma pessoa adulta, sem usar violência física e sem as práticas relacionadas ao problema sexual que veio tratar no Instituto de Psiquiatria?
- () nenhuma excitação (4)
- () fico um pouco excitado (3)
- () fico excitado (2)
- () fico muito excitado (1)
- 7) Quanto você tem tido de fantasias sexuais com pessoas adultas, mas sem a necessidade de recorrer às práticas sexuais que veio tratar no Instituto de Psiquiatria?
- () não tenho tido essas fantasias (4)
- () tenho tido menos dessas fantasias (3)
- () tenho o mesmo de fantasia que antes (2)
- () tenho tido mais destas fantasias do que tinha antes (1)
- 8) Quanto você tem sentido necessidade sexual de realizar práticas sexuais comuns como sexo com uma pessoa adulta sem uso de violência física ou verbal e sem as práticas sexuais que veio tratar no Instituto de Psiquiatria?
- () nenhuma necessidade (4)
- () sinto menos necessidade (3)
- () sinto a mesma necessidade de antes (2)
- () sinto mais necessidade que antes (1)
- 9) Quanto você tem tido de prazer em relações sexuais, contatos íntimos, fantasias ou masturbações **sem** ter que se utilizar de práticas sexuais relacionadas ao problema que veio tratar no Instituto de Psiquiatria?
- () não tenho tido prazer (4)
- () tenho tido menos prazer (3)
- () ainda tenho o mesmo prazer de antes (2)
- () tenho tido mais prazer que antes (1)
- 10) Quanto você tem receio ou preocupação em dar algo errado ao se imaginar tendo uma relação sexual com uma pessoa adulta, com intimidade e sem uso de violência e sem a necessidade de recorrer às práticas sexuais que veio tratar no Instituto de Psiquiatria?
- () não tenho receio nem preocupação (1)
- () me preocupo menos ou tenho um pouco menos de receio (2)
- () me preocupo e tenho o mesmo receio que sempre tive (3)
- () me preocupo mais e tenho mais receio que antes (4)

M.I.N.I.

MINI INTERNATIONAL NEUROPSYCHIATRIC INTERVIEW

Brazilian Version 5.0.0
DSM - IV

USA: D. Sheehan, J. Janavys, R. Baker, K. Harnett-Sheehan, E. Knupp, M. Shuchan
University of South Florida - Tampa

FRANCE: Y. Lecrubier, E. Weiller, T. Hegueta, P. Amorim, L.I. Bonora, J.P. Lépine
Hôpital de la Salpêtrière - Paris

Tradução para o português (Brasil) : P. Amorim

©Copyright 1992, 1994, 1998, 2000, 2001, 2002 Sheehan DV & Lecrubier Y.

Todos os direitos são reservados. Este documento não pode ser reproduzido, todo ou em parte, ou cedido de qualquer forma, incluindo fotocópias, nem armazenado em sistema informático, sem a autorização escrita prévia dos autores. Os pesquisadores e os clínicos que trabalham em instituições públicas (como universidades, hospitais, organismos governamentais) podem fotocopiar o M.I.N.I. para utilização no contexto estrito de suas atividades clínicas e de investigação.

M.I.N.I. 5.0.0 (Janeiro, 2002)

Nome do(a) entrevistado(a):		Número do protocolo:	
Data de nascimento:		Hora de início da entrevista:	
Nome do(a) entrevistador(a):		Hora do fim da entrevista:	
Data da entrevista:		Duração total da entrevista:	

	MÓDULOS	PERÍODO EXPLORADO	CRITÉRIOS PREENCHIDOS	DSM-IV	ICD-10
A	EPISÓDIO DEPRESSIVO MAIOR (EDM)	Atual (2 semanas) Passado	—	296.20-296.36 296.30-296.36	Único Recurrente F32.x F33.x
	EDM COM CARACTERÍSTICAS MELANCOLÍCAS	Atual (2 semanas)	—	296.20-296.36 296.30-296.36	Single Recurrent F32.x F33.x
B	TRANSTORNO DISTÍMICO	Atual (Últimos 2 anos) Passado	—	300.4	F34.1
C	RISCO DE SUICÍDIO	Atual (Último mês) Risco: ☐ Baixo ☐ Médio ☐ Alto	—	nenhum	nenhum
D	EPISÓDIO MANIACO	Atual Passado	—	296.00-296.06 296.00-296.06	F30.x-F31.9 F30.x-F31.9
	EPISÓDIO HIPOMANIACO	Atual Passado	—	296.80-296.89 296.80-296.89	F31.8-F31.9 F31.8-F31.9 F34.0
E	TRANSTORNO DE PÂNICO	Atual (Último mês) Vida inteira	—	300.01-300.21 300.01-300.21	F40.01-F41.0 F40.01-F41.0
F	AGORAFOBIA	Atual	—	300.22	F40.00
G	FOBIA SOCIAL	Atual (Último mês)	—	300.23	F40.1
H	TRANSTORNO OBSSESSIVO-COMPULSIVO (TOC)	Atual (Último mês)	—	300.3	F42.8
I	TRANSTORNO DE ESTRESSE PÓS-TRAUMÁTICO	Atual (Último mês)	—	309.81	F43.1
J	DEPENDÊNCIA DE ALCOOL	(Últimos 12 meses)	—	303.9	F10.2x
	ABUSO DE ALCOOL	(Últimos 12 meses)	—	305.00	F10.1
K	DEPENDÊNCIA DE SUBSTÂNCIA (Não álcool)	(Últimos 12 meses)	—	304.00-305.26-99	F11.0-F19.1
	ABUSO DE SUBSTÂNCIA (Não álcool)	(Últimos 12 meses)	—	304.00-305.26-99	F11.0-F19.1
L	TRANSTORNOS PSICÓTICOS	Vida inteira Atual	—	295.10-295.90-297.1/ 297.3-293.81/293.82/ 293.89/298.8/298.9	F20.xs-F29 F20.xs-F29
	TRANSTORNO DO HUMOR COM CARACTERÍSTICAS PSICÓTICAS	Atual	—	296.24	F32.3-F33.3
M	ANOREXIA NERVOSA	Atual (Últimos 3 meses)	—	307.1	F50.0
N	BULIMIA NERVOSA	Atual (Últimos 3 meses)	☐	307.51	F50.2
	ANOREXIA NERVOSA, TIPO COMPULSÃO PERIÓDICA/PURGATIVO	Atual	—	307.1	F50.0
O	TRANSTORNO DE ANSIEDADE GENERALIZADA	Atual (Últimos 6 meses)	—	300.02	F41.1
P	TRANSTORNO DA PERSONALIDADE ANTI-SOCIAL	Vida inteira	—	301.7	F60.2

INSTRUÇÕES GERAIS

O M.I.N.I. (DSM-IV) é uma entrevista diagnóstica padronizada breve que explora os principais Transtornos Psiquiátricos do Eixo I do DSM-IV (Associação Psiquiátrica Americana, 1994) e da CID-10 (Organização Mundial da Saúde - OMS, 1992). Estudos de confiabilidade e validade foram desenvolvidos, comparando o M.I.N.I. ao SCID-P e ao CIDI (uma entrevista padronizada desenvolvida pela OMS para entrevistadores leigos). Os resultados desses estudos mostram que o M.I.N.I. apresenta índices de confiabilidade e de validade comparáveis aos dos instrumentos referidos, mas que pode ser administrado em um tempo muito mais curto (média= 18,7 ± 11,6 minutos; mediana = 15 minutos). O M.I.N.I. pode ser utilizado por clínicos, após uma formação breve. Os entrevistadores não clínicos necessitam de uma formação mais intensiva. O M.I.N.I. Plus é uma versão mais detalhada do M.I.N.I.

Entrevista:

Com o objetivo de reduzir o mais possível a duração da entrevista deve-se preparar o(a) entrevistado(a) para este enquadramento clínico pouco habitual, informando que lhe serão feitas perguntas precisas sobre os seus problemas psicológicos e que se espera dele(a) respostas "sim" ou "não".

Apresentação:

- O MINI está dividido em **módulos** identificados por letras, cada um correspondendo a uma categoria diagnóstica.
- No início de cada um dos módulos diagnósticos (exceto para o módulo "Transtornos Psicóticos"), uma ou várias questões/filtros que correspondem aos critérios principais do Transtorno são apresentadas num quadro com fundo acinzentado.
- No final de cada módulo, um ou vários **quadros diagnósticos** permite(m) ao clínico indicar se os critérios de diagnóstico foram ou não preenchidos.

Convenções:

As *frases escritas em "letras minúsculas"* devem ser lidas "palavra por palavra" para o(a) entrevistado(a) de modo a padronizar a exploração de cada um dos critérios diagnósticos.

As *frases escritas em "MAIÚSCULAS"* não devem ser lidas para o(a) entrevistado(a). São instruções às quais o clínico deve-se referenciar de modo a integrar os algoritmos diagnósticos ao longo de toda a entrevista.

As *frases escritas em "negrito"* indicam o período de tempo a explorar. O clínico deve lê-las tantas vezes quanto necessário, ao longo da exploração dos sintomas e só levar em conta aqueles presentes ao longo desse período.

As *frases escritas entre parêntesis* são exemplos clínicos que descrevem o sintoma avaliado. Podem ser lidos de modo a clarificar a questão.

Quando os termos são separados por uma barra (/) o clínico deve considerar apenas o termo que corresponde ao sintoma apresentado pelo(a) entrevistado(a) e que foi explorado anteriormente.

As *respostas com uma seta sobreposta (►)* indicam que um dos critérios necessários ao estabelecimento do diagnóstico explorado não é preenchido. O clínico deve ir diretamente para o final do módulo, cotar "NÃO" no(s) quadro(s) diagnóstico(s) correspondente(s) e passar ao módulo seguinte.

Instruções de cotação :

Todas as perguntas feitas devem ser cotadas. A cotação faz-se à direita de cada uma das questões, envolvendo com um círculo a resposta correspondente do(a) entrevistado(a), seja "SIM" ou "NÃO".

O clínico deve se assegurar que cada um dos termos formulados na questão foi, de fato, considerado pelo(a) entrevistado(a) na sua resposta (em particular, os critérios de duração, de frequência e as alternativas "e/ou").

Sintomas melhor explicados por uma causa orgânica ou pelo uso de álcool ou drogas não devem ser codificados positivamente no M.I.N.I. O M.I.N.I. Plus tem questões para investigar estas questões.

Se tem questões, ou sugestões, se deseje ser treinado(a) na utilização do M.I.N.I. ou informado(a) das atualizações, pode contactar:

David V. Sheehan, M.D., M.B.A.
University of South Florida
Institute for Research in Psychiatry
3515 Taft Fletcher Avenue
TAMPA, FL USA 33613-4788
ph: +1 813 974 4544
fax: +1 813 974 4575
e-mail : dsheehan@hsr.usf.edu

Yves LEGRUBIER, M.D., Thierry HFRGUETTA, M.S.
Inssem U302
Hôpital de la Salpêtrière
47, boulevard de l'Hôpital
F-75651 PARIS
FRANCE
tel: +33 (0) 1 42 16 16 59
fax: +33 (0) 1 45 85 28 00
e-mail : legrubier@ext.ussf.fr

Patricia AMORIM, M.D., PhD
N.A. P. S. Novo Mundo
Avenida Manchester 2000, Chácara 2
Jardim Novo Mundo
74703-000 – Goiânia - Goiás
BRASIL
Tel: + 55 62 524 18 02
fax: + 55 62 524 18 04
e-mail: p.amorim@persogo.com.br

A. EPISÓDIO DEPRESSIVO MAIOR

(► SIGNIFICA: IR DIRETAMENTE AO(S) QUADRO(S) DIAGNÓSTICO(S), ASSINALAR NÃO EM CADA UM E PASSAR AO MÓDULO SEQUINTE)

A1	Você tem se sentido triste, desanimado(a), deprimido(a), a maior parte do dia, quase todos os dias, nas últimas duas semanas ?	NÃO	SIM	1
A2	Nas duas últimas semanas, teve o sentimento de não ter mais gosto por nada, ou perdeu o interesse e o prazer pelas coisas que lhe agradam habitualmente, quase todo o tempo ?	NÃO	SIM*	2
A1 OU A2 SÃO COTADAS SIM ?				
		►	NÃO	SIM

A3 Durante as 2 semanas em que sentiu-se deprimido(a)/ sem interesse pela maioria das coisas, quase todo o tempo:

a	Seu apetite aumentou ou diminuiu, quase todos os dias ? O seu peso aumentou ou diminuiu sem que o tenha desejado ? (VARIAÇÃO DE ± 5% AO LONGO DE UM MÊS; ISTO É ± 3,5 KG. PARA UMA PESSOA DE 65 KG)	NÃO	SIM*	3
b	Teve problemas de sono quase todas as noites (dificuldade de pegar no sono, acordar no meio da noite ou muito cedo, dormir demais) ?	NÃO	SIM	4
c	Falou ou movimentou-se mais lentamente que de costume ou pelo contrário, sentiu-se agitado(a) e incapaz de ficar sentado quieto(a), quase todos os dias?	NÃO	SIM*	5
d	Sentiu-se a maior parte do tempo cansado(a), sem energia, quase todos os dias?	NÃO	SIM	6
e	Sentiu-se sem valor ou culpado(a), quase todos os dias?	NÃO	SIM	7
f	Teve dificuldade de concentrar-se ou de tomar decisões, quase todos os dias?	NÃO	SIM	8
g	Teve, por várias vezes, pensamentos ruins como, por exemplo, pensar que seria melhor estar morto(a) ou pensar em fazer mal a si mesmo(a) ?	NÃO	SIM	9

HÁ 5 OU MAIS RESPOSTAS "SIM" EM A3 (A1-A3)?

NÃO
EPISÓDIO DEPRESSIVO
MAIOR. ATUAL

SE O PACIENTE TEM TRANSTORNO DEPRESSIVO MAIOR CONTINUE EM A4, CASO CONTRÁRIO VÁ PARA O MÓDULO B.

M.I.N.I. 5.0.0 (Janeiro, 2002)

M.I.N.I. 5.0.0 (Janeiro, 2002)

-4-

C. RISCO DE SUICÍDIO

Durante o último mês:

C1 Pensou que seria melhor estar morto (a) ou desejou estar morto (a) ?

C2 Quis fazer mal a si mesmo (a) ?

C3 Pensou em suicídio ?

C4 Pensou numa maneira de se suicidar ?

C5 Tentou o suicídio ?

Ao longo da sua vida:

C6 Já fez alguma tentativa de suicídio ?

HÁ PELO MENOS UM "SIM" DE C1 A C6?

SE SIM, SOMAR O NÚMERO TOTAL DE PONTOS DAS QUESTÕES COTADAS SIM DE C1 - C6 E ESPECIFICAR O RISCO DE SUICÍDIO ATUAL COMO SE SEGUE:

NÃO	SIM
RISCO DE SUICÍDIO ATUAL	
1-5 pontos	Baixo ☐
6-9 pontos	Moderado ☐
≥10 pontos	Alto ☐

		NÃO	SIM
D1	a	Alguma vez teve um período em que se sentia tão eufórico(a) ou cheio(a) de energia ou cheio(a) de si que isso lhe causou problemas, ou em que as pessoas à sua volta pensaram que não estava no seu estado habitual ? (NÃO CONSIDERAR PERÍODOS QUE OCORREM APENAS SOB O EFEITO DE DROGAS OU ÁLCOOL)	
		SE (A) ENTREVISTADO(A) NÃO COMPREENDE O SIGNIFICADO DE "EUFÓRICO(A)" OU "CHEIO(A) DE ENERGIA", EXPLICAR DA SEGUINTE MANEIRA: Por eufórico ou cheio de energia, quero dizer estar excessivamente ativo(a), excitado(a), ter menos necessidade de dormir, ter pensamentos rápidos, estar cheio(a) de idéias ou extremamente motivado(a) ou criativo(a) ou produtivo ou impulsivo(a).	
		SE D1a = SIM:	
	b	Sente-se, atualmente, eufórico (a) ou cheio (a) de energia?	
		NÃO	SIM
D2	a	Alguma vez teve um período em que, por vários dias, estava tão irritável que insultava as pessoas, gritava ou chegava até a brigar com pessoas que não eram de sua família? Você ou outras pessoas achou/acharam que você estava mais irritável ou hiperativo(a), comparado(a) a outras pessoas, mesmo em situações em que isso lhe parecia justificável ? (NÃO CONSIDERAR PERÍODOS QUE OCORREM APENAS SOB O EFEITO DE DROGAS OU ÁLCOOL)	
		SE D2a = SIM:	
	b	Sente-se, continuamente irritável atualmente?	
		NÃO	SIM
		D1a OU D2a SÃO COTADAS "SIM" ?	
		▶ NÃO	SIM

D3

SE **D1b** OU **D2b** = “**SIM**”: EXPLORAR O EPISÓDIO ATUALSE D1b OU D2b = SIM ; EXPLORAR O EPISÓDIO ATUAL
SE D1b E D2b = "NÃO" : EXPLORAR O EPISÓDIO MAIS GRAVE

Quando sentiu-se mais eufórico(a), cheio(a) de energia ou mais irriável :

a	Tinha a sensação que podia fazer coisas que os outros seriam incapazes de fazer ou que você era alguém especialmente importante?				
SF SIM: PEDIR UM EXEMPLO.					
O EXEMPLO CONSISTE NUMA IDEIA DELIRANTE? [NÃO] . SIM					
b	Tinha menos necessidade de dormir do que costume (por ex., sentia-se repousado(a) com apenas poucas horas de sono) ?	NÃO	SIM	6	
c	Falava sem parar ou tão rapidamente que as pessoas não conseguiam compreendê-lo(a) ?	NÃO	SIM	7	
d	Os pensamentos corriam tão rapidamente na sua cabeça que não conseguia acompanhá-los ?	NÃO	SIM	8	
e	Distraía-se com tanta facilidade que a menor interrupção o fazia perder o fio daquilo que estava fazendo ou pensando. ?	NÃO	SIM	9	
f	Estava tão ativo(a) e agitado(a) que as outras pessoas se preocupavam por sua causa ?	NÃO	SIM	10	
g	Desejava tanto fazer coisas que lhe pareciam agradáveis ou tentadoras que não pensava nos riscos ou nos problemas que isso poderia causar (gastar demais, dirigir de forma imprudente, ter uma atividade sexual pouco habitual para você) ?	NÃO	SIM	11	

D3 (SOMÁRIO): HÁ PELO MENOS 3 RESPOSTAS "SIM" EM D3 OU 4 SE D1a = "NÃO" (EPISÓDIO PASSADO) OU D1b = "NÃO" (EPISÓDIO ATUAL) ?

D4 Esses problemas duraram pelo menos uma semana E o (a) perturbaram em casa, no trabalho / na escola ou nas suas relações sociais OU necessitou ser hospitalizado(a) por causa desses problemas?

O EPISÓDIO EXPLORADO ERA:

D4 É COTADO COMO NÃO?

ESPECIFICAR SE O EPISÓDIO É ATUAL OU PASSADO:

D4 É COTADO COMO SIM?

ESPECIFICAR SE O EPISÓDIO É ATUAL OU PASSADO:

▶ NÃO SIM

NÃO SIM 12

↓

NÃO	SIM
<i>EPISÓDIO HIPOMANÍACO</i>	
Atual	-
Passado	-

NÃO	SIM
<i>EPISÓDIO MANÍACO</i>	
Atual	-
Passado	-

E. TRANSTORNO DE PÂNICO

▶ SIGNIFICA: IR DIRETAMENTE PARA E6, E7 E E8, ASSINALAR NÃO EM CADA QUADRO DIAGNÓSTICO E PASSAR AO MÓDULO SEQUINTE)

E1	a	Alguma vez teve episódios repetidos durante os quais se sentiu subitamente muito ansioso(a), muito desconfortável ou assustado(a), mesmo em situações em que a maioria das pessoas não se sentiria assim ?	▶ NÃO	SIM 1
	b	SE SIM: Estes episódios de ansiedade atingiam sua intensidade máxima em menos de 10 minutos?	▶ NÃO	SIM 2

E2	Alguns desses episódios súbitos de ansiedade, mesmo há muito tempo, foram imprevisíveis ou ocorreram sem que nada os provocasse ou sem motivo ?				▶ NÃO	SIM 3
E3	Após um ou vários desses episódios, já houve um período de pelo menos um mês durante o qual teve medo de ter outros episódios ou estava preocupado(a) com as suas possíveis consequências ?				NÃO	SIM 4
E4	Durante o episódio em que se sentiu pior :					
	a	Teve palpitações ou o seu coração bateu muito rápido ?	NÃO	SIM 5		
	b	Transpirou ou ficou com as mãos úmidas ?	NÃO	SIM 6		
	c	Teve tremores ou contrações musculares ?	NÃO	SIM 7		
	d	Teve dificuldade para respirar ou sentiu-se abafado(a) ?	NÃO	SIM 8		
	e	Teve a impressão de sufocar ou de ter um nó na garganta ?	NÃO	SIM 9		
	f	Sentiu dor ou aperto ou desconforto no peito ?	NÃO	SIM 10		
	g	Teve náuseas, problemas de estômago ou diarreia repentina ?	NÃO	SIM 11		
	h	Sentiu-se tonto(a), com vertigens ou ao ponto de desmaiar ?	NÃO	SIM 12		
	i	Teve a impressão que as coisas à sua volta eram estranhas ou irreais ou sentiu-se como que desligado (a) do todo ou de uma parte do seu corpo ?	NÃO	SIM 13		
	j	Teve medo de enlouquecer ou de perder o controle ?	NÃO	SIM 14		
	k	Teve medo de morrer ?	NÃO	SIM 15		
	l	Teve dormências ou formigamentos no corpo?	NÃO	SIM 16		
	m	Teve ondas de frio ou de calor ?	NÃO	SIM 17		

E5 **E3 E QUATRO OU MAIS RESPOSTAS EM E4 = SIM?**

▶ E7
SIM
FRANSTORNO DE PÂNICO
VIBRANTE

E6 **SE E5 = NÃO, HÁ PELO MENOS UMA RESPOSTA SIM EM E4 ?**

NÃO SIM
ATÉ QUIS PORRES EM
SINTOMAS TUBÉNTICA

IR ENTÃO PARA F1

E7 Durante o último mês, teve pelo menos 2 desses episódios súbitos de ansiedade, seguidos de um medo constante de ter outro episódio :

NÃO SIM 18
TRANSTORNO DE
PÂNICO ATUAL

F. AGORAFOBIA

F1	Alguma vez sentiu-se muito ansioso(a) ou desconfortável em lugares ou situações em que poderia ter episódios súbitos de ansiedade dos quais acabamos de falar ? OU sentiu-se muito ansioso(a) ou desconfortável em lugares ou situações dos quais é difícil escapar ou ter ajuda como: estar numa multidão, esperando numa fila, longe de casa ou sozinho (a) em casa, atravessando uma ponte, dentro de um ônibus, de um carro ou de um avião?	NÃO	SIM	19
----	---	-----	-----	----

SE F1 = NÃO, COTAR NÃO EM F2.

F2	Tem tanto medo dessas situações que na prática, as evitou, sentiu um intenso mal-estar quando as enfrentou ou procurou estar acompanhado(a) para enfrentá-las ?	NÃO	SIM	20
----	---	-----	-----	----

NÃO	SIM
AGORAFOBIA ATUAL	

NÃO	SIM
TRANSTORNO DE PÂNICO ATUAL <i>sem Agorafobia</i>	

NÃO	SIM
TRANSTORNO DE PÂNICO ATUAL <i>com Agorafobia</i>	

NÃO	SIM
AGORAFOBIA ATUAL <i>sem história de Transtorno de Pânico</i>	

E7 (TRANSTORNO DE PÂNICO ATUAL) É COTADA **SIM**
E
F2 (AGORAFOBIA ATUAL) É COTADA **NÃO** ?

E7 (TRANSTORNO DE PÂNICO ATUAL) É COTADA **SIM**
E
F2 (AGORAFOBIA ATUAL) É COTADA **SIM** ?

E5 (TRANSTORNO DE PÂNICO VIDA INTEIRA) É COTADA **NÃO**
E
F2 (AGORAFOBIA ATUAL) É COTADA **SIM** ?

G. FOBIA SOCIAL (Transtorno de Ansiedade Social)

(▶ SIGNIFICA: IR DIRETAMENTE AO(S) QUADRO(S) DIAGNÓSTICO(S), ASSINALAR NÃO EM CADA UM E PASSAR AO MÓDULO SEQUINTE)

G1	Durante o último mês, teve medo ou sentiu-se incomodado(a) por estar no centro das atenções, teve medo de ser humilhado(a) em algumas situações sociais, por exemplo: quando devia falar diante de um grupo de pessoas, ou comer com outras pessoas ou em locais públicos, ou escrever quando alguém estava olhando ?	▶	NÃO	SIM	1
G2	Acha que esse medo é excessivo ou injustificado ?	▶	NÃO	SIM	2
G3	Tem tanto medo dessas situações sociais que, na prática, as evita ou sente um intenso mal-estar quando as enfrenta ?	▶	NÃO	SIM	3
G4	Esse medo causa-lhe um sofrimento importante ou perturba de forma significativa seu trabalho ou suas relações sociais?				

NÃO

SIM

FOBIA SOCIAL
(Transtorno de Ansiedade Social)
ATUAL

H. TRANSTORNO OBSESSIVO-COMPULSIVO (T.O.C.)

(▶ SIGNIFICA: IR DIRETAMENTE AO(S) QUADRO(S) DIAGNÓSTICO(S), ASSINALAR NÃO EM CADA UM E PASSAR AO MÓDULO SEGUINTE)

		NÃO	SIM
H1	Durante o último mês, teve, com frequência, pensamentos ou impulsos ou imagens desagradáveis, inapropriados ou angustiantes que voltavam repetidamente à sua mente, mesmo não querendo ? (por exemplo, a ideia de que estava sujo(a) ou que tinha micróbios ou medo de contaminar os outros ou de agredir alguém mesmo contra a sua vontade ou de agir impulsivamente ou medo supersticioso de ser responsável por coisas ruins ou ainda de ser invadido por idéias/ imagens sexuais ou religiosas repetitivas, dúvidas incontroláveis ou uma necessidade de coleccionar ou ordenar as coisas.)	▶ passar a H4	
H2	Tentou, mas não conseguiu resistir a algumas dessas idéias, ignorá-las ou livrar-se delas ?	NÃO	SIM 2
H3	Acha que essas idéias são produto de seus próprios pensamentos e que não lhe são impostas do exterior ?	▶ passar a H4	SIM 3
H4	Durante o último mês, teve, com frequência, a necessidade de fazer certas coisas sem parar, sem poder impedir-se de fazê-las, como lavar as mãos muitas vezes, contar ou verificar as coisas sem parar, arrumá-las, coleccioná-las ou fazer rituais religiosos?	NÃO	SIM 4
H5	H3 OU H4 SÃO COTADAS SIM?	▶	compulsões
H5	Reconhece que essas idéias invasivas e/ou comportamentos repetitivos são irracionais, absurdos(as) ou exagerados(as) ?	NÃO	SIM
H6	Essas idéias invasivas e/ou comportamentos repetitivos perturbam de forma significativa seu trabalho, suas atividades cotidianas, suas relações sociais ou tomam mais de uma hora por dia do seu tempo ?	▶	SIM 5
		NÃO	SIM 6

T.O.C. ATUAL

I. TRANSTORNO DE ESTRESSE PÓS-TRAUMÁTICO (opcional)

(▶ SIGNIFICA: IR DIRETAMENTE AO(S) QUADRO(S) DIAGNÓSTICO(S); ASSINALAR NÃO EM CADA UM E PASSAR AO MÓDULO SEGUINTE)

		NÃO	SIM
I1	Alguma vez viveu ou presenciou ou teve que enfrentar um acontecimento extremamente traumático, no decorrer do qual morreram pessoas ou você mesmo(a) e/ou outros foram ameaçados de morte ou foram gravemente feridos ou atingidos na sua integridade física?	▶ NÃO	SIM
	EXEMPLOS DE CONTEXTOS TRAUMÁTICOS: ACIDENTE GRAVE, AGRESSÃO, ESTUPRO, ASSALTO À MÃO ARMADA, SEQUESTRO, RAPTO, INCÊNDIO, DESCOBERTA DE CADAVER, MORTE SÚBITA NO MEIO FM QUE VIVEU, GUERRA, CATÁSTROFE NATURAL...		
I2	Durante o último mês, pensou freqüentemente nesse acontecimento de forma penosa ou sonhou com ele ou freqüentemente teve a impressão de revivê-lo?	▶ NÃO	SIM
I3	Durante o último mês:		
a	Tentou não pensar nesse acontecimento ou evitou tudo o que pudesse fazê-lo(a) lembrar-se dele?	NÃO	SIM
b	Teve dificuldades de lembrar-se exatamente do que se passou?	NÃO	SIM
c	Perdeu o interesse pelas coisas das quais gostava antes?	NÃO	SIM
d	Sentiu-se desligado(a) de tudo ou teve a impressão de se ter tornado um(a) estranho(a) em relação aos outros?	NÃO	SIM
e	Fteve dificuldade de sentir as coisas, como se não fosse mais capaz de amar?	NÃO	SIM
f	Teve a impressão de que a sua vida não seria nunca mais a mesma, ou que morreria mais cedo do que as outras pessoas ?	NÃO ▶	SIM
I3 (SUMÁRIO)	HÁ PELO MENOS 3 RESPOSTAS "SIM" EM I3 ?	NÃO	SIM
I4	Durante o último mês:		
a	Teve dificuldade de dormir ?	NÃO	SIM
b	Estava particularmente irritável, teve explosões de raiva facilmente?	NÃO	SIM
c	Teve dificuldades de se concentrar ?	NÃO	SIM
d	Estava nervoso(a), constantemente alerta?	NÃO	SIM
e	Ficava sobressaltado(a) por quase nada?	NÃO ▶	SIM
I4 (SUMÁRIO)	HÁ PELO MENOS 2 RESPOSTAS "SIM" EM I4 ?	NÃO	SIM
I5	Durante o último mês, esses problemas perturbaram de forma significativa seu trabalho, suas atividades cotidianas ou suas relações sociais?	NÃO	SIM
I5 (COTADA SIM ?			

NÃO **SIM**

TRANSITORNO DE ESTRÉSSE

PÓS-TRAUMÁTICO

ATUAL

J. ABUSO E DEPENDÊNCIA DE ÁLCOOL

(▶) SIGNIFICA: IR DIRETAMENTE A(O)S QUADRO(S) DIAGNÓSTICO(S), ASSINALAR NÃO EM CADA UM E PASSAR AO MÓDULO SEQUINTE)

J1	Nos últimos 12 meses, em três ou mais ocasiões você bebeu pelo menos cinco latas de cerveja ou uma garrafa de vinho ou três doses de uma bebida alcoólica forte (pinga, caipirinha, vodka, conhaque, whisky...), num período de três horas ?	▶ NÃO	SIM	1
----	--	-------	-----	---

J2 Nos últimos 12 meses:

a	Constatou que precisava de quantidades cada vez maiores de álcool para obter o mesmo efeito ?	NÃO	SIM	2
b	Quando bebia menos, as suas mãos tremiam, transpirava ou sentia-se agitado (a)? Alguma vez bebeu uma dose para evitar esses problemas ou evitar uma tressua? (COTAR "SIM", SE RESPOSTA "SIM" NUM CASO OU NO OUTRO).	NÃO	SIM	3
c	Quando começava a beber, com frequência bebia mais do que pretendia ?	NÃO	SIM	4
d	Tentou, mas não conseguiu diminuir seu consumo de álcool ou parar de beber ?	NÃO	SIM	5
e	Nos dias em que bebia, passava muito tempo procurando bebida, bebendo ou se recuperando dos efeitos do álcool ?	NÃO	SIM	6
f	Reduziu suas atividades (lazer, trabalho, cotidianas) ou passou menos tempo com os amigos ou a família por causa da bebida ?	NÃO	SIM	7
g	Continuou a beber mesmo sabendo que isso lhe causava problemas de saúde ou problemas psicológicos?	NÃO	SIM	8

NÃO	▶ SIM
DEPENDÊNCIA DE ÁLCOOL ATUAL	

HÁ PELO MENOS 3 RESPOSTAS "SIM" EM J2 ?

J3 Nos últimos 12 meses:

a	Ficou embriagado ou de "ressaca" várias vezes, quando tinha coisas para fazer no trabalho (/ na escola) ou em casa ? Isso lhe causou problemas? (COTAR "SIM" SOMENTE SE A EMBRIAGUEZ / RESSACA CAUSOU PROBLEMAS)	NÃO	SIM	9
b	Por várias vezes esteve sob o efeito do álcool em situações em que isso era fisicamente arriscado como dirigir, utilizar uma máquina ou um instrumento perigoso... ?	NÃO	SIM	10
c	Por várias vezes teve problemas legais como uma interpretação ou uma condenação ou uma detenção porque tinha bebido?	NÃO	SIM	11
d	Continuou a beber mesmo sabendo que a bebida lhe causava problemas com seus familiares ou com outras pessoas ?	NÃO	SIM	12

NÃO	▶ SIM
ABUSO DE ÁLCOOL ATUAL	

HÁ PELO MENOS 1 RESPOSTA "SIM" EM J3 ?

K. ABUSO E DEPENDÊNCIA DE SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS (OUTRAS QUE O ÁLCOOL)

(▶) SIGNIFICA: IR DIRETAMENTE A(O)S QUADRO(S) DIAGNÓSTICO(S), ASSINALAR NÃO EM CADA UM E PASSAR AO MÓDULO SEQUINTE)

K1	a	Nos últimos 12 meses, usou várias vezes uma destas substâncias para se sentir melhor, para mudar o seu estado de humor ou para ficar "de cabeça feita / chapado"?	▶ NÃO	SIM
----	---	---	-------	-----

ENVOLVER COM UM CÍRCULO CADA SUBSTÂNCIA CONSUMIDA:

ESTIMULANTES: anfetaminas, "bolinha", "rebite", ritalina, pílulas anorexígenas ou tira-fome.
COCAÍNA: "coca", pó, "neve", "branquinha", pasta de coca, merla, crack
OPIÓCEOS: heroína, morfina, pó de ópio (Tintura de ópio®, Elixir Paregórico®, codsina (Belacodid®), Belpar®, Pambenyl®), meperidina (Dolantina®, Demerol®), propoxifeno (Algaflan®, Doloxene A®), fentanil (Inoval®)
ALUCINOGÊNEOS: L.S.D., "ácido", mescalina, PCP, éxtase (MDMA), cogumelos, "vegetal" (Aylhuasca, diume, hoasca), Artane®.
SOLVENTES/VOLÁTEIS: "cola", éter, "lança perfume", "cheirinho", "lolo"
CANABINÓIDES: cannabis, "erva", maconha, "baseado", hashish, THC, bangha, ganja, diamba, marihuana, marihuana
SEDATIVOS: Valium®, Diazepam®, Dienpax®, Somalium®, Frisium®, Psicosedin®, Lexotan®, Lorax®, Halcion®, Frontal®, Rohypnol®, Urbanil®, Sonchoni®, barbitúricos
DIVERSOS: Anabolisantes, esteróides, remédio para dormir ou para cortar o apetite sem prescrição médica.

Toma outras substâncias?

ESPECIFICAR A(S) SUBSTÂNCIA (S) MAIS CONSUMIDA (S): _____

SOMENTE UMA SUBSTÂNCIA (OU CLASSE DE SUBSTÂNCIAS) QUE ESTÁ SENDO CONSUMIDA	Assinalar
☐	
SOMENTE A SUBSTÂNCIA (OU CLASSE DE SUBSTÂNCIAS) MAIS CONSUMIDA	☐
CADA SUBSTÂNCIA (OU CLASSE DE SUBSTÂNCIAS) CONSUMIDA SEPARADAMENTE (FOTOCOPIAR K2 E K3, SE NECESSÁRIO).	☐

b ESPECIFICAR A SUBSTÂNCIA (OU CLASSE DE SUBSTÂNCIAS) QUE SERÁ EXPLORADA ABAIXO, EM CASO DE USO CONCOMITANTE OU SEQUENCIAL DE VÁRIAS SUBSTÂNCIAS:

K2 Considerando o seu consumo de [SUBSTÂNCIA OU A CLASSE DE SUBSTÂNCIAS SELECIONADA], ao longo da sua vida:

a	Constatou que precisava de quantidades cada vez maiores de [SUBSTÂNCIA OU A CLASSE DE SUBSTÂNCIAS SELECIONADA] para obter o mesmo efeito ?	NÃO	SIM	1
b	Quando usava menos ou parava de consumir [SUBSTÂNCIA OU A CLASSE DE SUBSTÂNCIAS SELECIONADA], tinha problemas como dores, tremores, febre, fraqueza, diarreia, náuseas, suores, aceleração do coração, dificuldade de dormir ou, sentir-se agitado(a), ansioso (a), irritável ou deprimido (a) ? Ou você tomava qualquer outra coisa para evitar esses problemas ou para se sentir melhor ?	NÃO	SIM	2
SE "SIM" PARA AMBOS, COTAR "SIM"				
c	Quando começava a usar [SUBSTÂNCIA OU A CLASSE DE SUBSTÂNCIAS SELECIONADA], frequentemente consumia mais do que pretendia ?	NÃO	SIM	3
d	Tentou, sem conseguir, diminuir ou parar de usar [SUBSTÂNCIA OU A CLASSE DE SUBSTÂNCIAS SELECIONADA]?	NÃO	SIM	4

- e Nos dias em que usava [SUBSTÂNCIA OU A CLASSE DE SUBSTÂNCIAS SELECIONADA], passava mais de 2 horas tentando conseguir a(s) droga(s), se drogando, ou se recuperando dos efeitos do(a) [SUBSTÂNCIA OU A CLASSE DE SUBSTÂNCIAS SELECIONADA], ou ainda pensando nessas drogas ?
- f Reduziu as suas atividades (lazer, trabalho, cotidianas) ou passou menos tempo com os amigos ou a família por causa da(s) droga(s) ?
- g Continuou a usar [SUBSTÂNCIA OU A CLASSE DE SUBSTÂNCIAS SELECIONADA] mesmo sabendo que esta(s) lhe causava(m) problemas de saúde ou problemas psicológicos?

HÁ PELO MENOS 3 RESPOSTAS "SIM" EM K2 ?

ESPECIFICAR A(S) SUBSTÂNCIA(S): _____

NÃO
DEPENDÊNCIA DE
SUBSTÂNCIA(S)
ATUAL

Considerando o seu consumo de [SUBSTÂNCIA OU A CLASSE DE SUBSTÂNCIAS SELECIONADA], nos últimos 12 meses:

- K3 a Por várias vezes ficou intoxicado ou "de cabeça feita / chapado" com [SUBSTÂNCIA OU CLASSE DE SUBSTÂNCIAS SELECIONADA], quando tinha coisas para fazer no trabalho (/ na escola) ou em casa ? Isso lhe causou problemas?
(COTAR "SIM" SOMENTE SE A INTOXICAÇÃO CAUSOU PROBLEMAS).
- b Por várias vezes esteve sob o efeito de [SUBSTÂNCIA OU CLASSE DE SUBSTÂNCIAS SELECIONADA] em situações em que isso era fisicamente arriscado como dirigir, utilizar uma máquina ou um instrumento perigoso, etc. ?
- c Por várias vezes teve problemas legais como uma interelação ou uma condenação ou uma detenção porque tinha usado [SUBSTÂNCIA OU A CLASSE DE SUBSTÂNCIAS SELECIONADA]?
- d Continuou a usar [SUBSTÂNCIA OU CLASSE DE SUBSTÂNCIAS SELECIONADA] mesmo sabendo que esta(s) droga(s) lhe causava(m) problemas com os seus familiares ou com outras pessoas ?

HÁ PELO MENOS 1 "SIM" EM K3 ?

ESPECIFICAR A(S) SUBSTÂNCIA(S): _____

NÃO
ABUSO DE SUBSTÂNCIA(S)
ATUAL

L. TRANSTORNOS PSICÓTICOS

PARA TODAS AS QUESTÕES DESTES MÓDULO, PEDIR UM EXEMPLO EM CASO DE RESPOSTA POSITIVA. **SÓ COTAR SIM SE OS EXEMPLOS MOSTRAM CLARAMENTE UMA DISTORÇÃO DO PENSAMENTO E / OU DA PERCEÇÃO OU SE SÃO CULTURALMENTE INAPROPRIADOS OU DISTOANTES.** AVALIAR SE OS SINTOMAS DESCRITOS APRESENTAM OU NÃO CARACTERÍSTICAS "BIZARRAS" E COTAR A ALTERNATIVA ADEQUADA..

DELÍRIOS BIZARROS SÃO AQUELES CUJO CONTEÚDO É MANIFESTAMENTE ABSURDO, IMPLAUSÍVEL, INCOMPREENSÍVEL E QUE NÃO PODE ESTAR BASEADO EM EXPERIÊNCIAS HABITUAIS DA VIDA.

ALUCINAÇÕES BIZARRAS SÃO VOZES QUE COMENTAM OS PENSAMENTOS OU OS ATOS DO(A) ENTREVISTADO(A) OU DUAS OU MAIS VOZES QUE CONVERSAM ENTRE SI.

Agora vou fazer-lhe algumas perguntas sobre experiências pouco comuns ou estranhas que algumas pessoas podem ter.

		NÃO	SIM	BIZARRO	
L1	a	Alguma vez acreditou que alguém o espionava ou estava conspirando contra você ou tentando lhe fazer mal ?
NOTE: PEÇA EXEMPLOS PARA EXCLUIR FATOS REAIS.			1
	b	SE SIM: Atualmente acredita nisso ?			2
L2	a	Alguma vez acreditou que alguém podia ler ou ouvir os seus pensamentos ou que você podia ler ou ouvir os pensamentos de outra (s) pessoa (s) ?			3
	b	SE SIM: Atualmente acredita nisso ?			4
L3	a	Alguma vez acreditou que alguém ou alguma força exterior colocava, dentro da sua cabeça, pensamentos estranhos que não eram os seus ou o(a) fazia agir de forma diferente do seu jeito habitual? Alguma vez acreditou que estava possuído(a)?
CLINICO: PEDIR EXEMPLOS E DESCONSIDERAR O QUE NÃO FOR PSICÓTICO.			5
	b	SE SIM: Atualmente acredita nisso ?			6
L4	a	Alguma vez acreditou que estava recebendo mensagens especiais através da televisão, do rádio ou do jornal ou teve a impressão de que alguém que não conhecia pessoalmente estava particularmente interessado em você?			7
	b	SE SIM: Atualmente acredita nisso ?			8
L5	a	Alguma vez teve idéias que os seus familiares ou amigos achavam estranhas ou fora da realidade e que eles não compartilhavam com você ? PEDIR UM EXEMPLO
COTAR "SIM" APENAS SE O(A) ENTREVISTADO(A) APRESENTA CLARAMENTE IDÉIAS DELIRANTES IMPOSSÍVEIS OU DE POSSESSÃO, DE CULPA, DE RUÍNA, DE GRANDEZA OU OUTRAS NÃO EXPLORADAS PELAS QUESTÕES DE L1 A L4.			9
	b	SE SIM : Atualmente eles acham suas idéias estranhas ?			10

M. ANOREXIA NERVOSA

(▶ SIGNIFICA: IR DIRETAMENTE AO(S) QUADRO(S) DIAGNÓSTICO(S), ASSINALAR NÃO EM CADA UM E PASSAR AO MÓDULO SEQUINTE)

M1	a	Qual é a sua altura ?	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	cm.
	b	Nos últimos 3 meses, qual foi seu peso mais baixo ?	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	kgs.
O PESO DO(A) ENTREVISTADO(A) É INFERIOR AO LIMITE CRÍTICO INDICADO PARA A SUA ALTURA ? (Ver TABELA DE CORRESPONDÊNCIA ABAIXO).						▶ NÃO SIM

Durante os últimos 3 meses:

M2	Tentou não engordar , embora pesasse pouco ?		▶ NÃO	SIM	1
M3	Teve medo de ganhar peso ou de engordar demais, mesmo estando abaixo do seu peso normal ?		▶ NÃO	SIM	2
M4	a	Achou que era muito gordo(a) ou pensou que uma parte do seu corpo era muito gorda ?	NÃO	SIM	3
	b	Sua opinião sobre si mesmo(a) ou a sua auto-estima foram muito influenciadas pelo seu peso ou por suas formas corporais ?	NÃO	SIM	4
	c	Achou que o seu peso era normal ou até excessivo ?	NÃO	SIM	5
M5	HÁ PELO MENOS 1 "SIM" EM M4 ?		▶ NÃO	SIM	
M6	APENAS PARA AS MULHERES: Nos últimos três meses sua menstruação não veio quando normalmente deveria ter vindo (na ausência de uma gravidez) ?		▶ NÃO	SIM	6

PARA AS MULHERES: M5 E M6 SÃO COTADAS "SIM" ?
PARA OS HOMENS: M5 E COTADA "SIM" ?

TABELA DE CORRESPONDÊNCIA ALTURA - LIMITE CRÍTICO DE PESO (SEM SAPATOS, SEM ROUPA)

Mulheres altura/ peso		145	147	150	152	155	158	160	163	165	168	170	173	175	178
cm		145	147	150	152	155	158	160	163	165	168	170	173	175	178
kgs		38	39	39	40	41	42	43	44	45	46	47	49	50	51
Homens altura/ peso		155	156	160	163	165	168	170	173	175	178	180	183	185	188
cm		155	156	160	163	165	168	170	173	175	178	180	183	185	188
kgs		47	48	49	50	51	51	52	53	54	55	56	57	58	59

Os limites de peso acima correspondem a uma redução de 15% em relação ao peso normal, segundo o gênero, como requerido pelo DSM-IV. Essa tabela reflete pesos 15% menores que o limite inferior do intervalo da distribuição normal da Tabela de Peso da Metropolitan Life insurance.

BIZARRO

L6 a Alguma vez ouviu coisas que outras pessoas não podiam ouvir, como, por exemplo, vozes?

NÃO SIM

SE SIM: Estas vozes comentavam os seus pensamentos ou atos ou ouvia duas ou mais vozes falando entre elas?

SIM

b SE SIM : Ouvia essas coisas/vozes no último mês?

NÃO SIM

▶ L8

L7 a Alguma vez viu alguma coisa ou alguém que outras pessoas presentes não podiam ver, isto é, teve visões quando estava completamente acordado?

NÃO SIM

COVAR "SIM" SE AS VISÕES SÃO CULTURALMENTE INAPROPRIADAS.

b SE SIM: Teve essas visões no último mês ?

NÃO SIM

JULGAMENTO DO CLÍNICO

L8 b ATUALMENTE O(A) ENTREVISTADO(A) APRESENTA UM DISCURSO CLARAMENTE INCOERENTE OU DESORGANIZADO OU APRESENTA UMA PERDA EVIDENTE DAS ASSOCIAÇÕES ?

L9 b ATUALMENTE O(A) ENTREVISTADO(A) APRESENTA UM COMPORTAMENTO CLARAMENTE DESORGANIZADO OU CATATÔNICO?

L10 b OS SINTOMAS NEGATIVOS TÍPICAMENTE ESQUIZOFRÊNICOS (EMBOTAMENTO AFETIVO, POBREZA DO DISCURSO, FALTA DE ENERGIA OU DE INTERESSE PARA INICIAR OU TERMINAR AS ATIVIDADES) SÃO PROEMINENTES DURANTE A ENTREVISTA?

L11 DE L1 A L10b: HÁ UMA OU MAIS QUESTÕES "b" = SIM BIZARRO"?
OU HÁ DUAS OU MAIS QUESTÕES "b" = SIM MAS NÃO "SIM BIZARRO"?

L12 DE L1 A L7: HÁ UMA OU MAIS QUESTÕES "a" = SIM BIZARRO"?

OU HÁ DUAS OU MAIS QUESTÕES "a" = SIM MAS NÃO "SIM BIZARRO"?"
(VERIFICAR QUE OS SINTOMAS OCORRERAM NO MESMO PERÍODO)

OU L11 É COTADA "SIM" ?

L 13a UMA OU MAIS QUESTÕES <> DE L1b A L7b COTADAS SIM SÃO OU:

EPISÓDIO DEPRESSIVO MAIOR, (ATUAL)

ou

EPISÓDIO MANÍACO, (ATUAL OU PASSADO) COTADOS SIM?

L13b

Você relatou ter apresentado períodos em que se sentia [deprimido(a) / eufórico(a) / irritado(a)]

Essas crenças/ experiências que descreveu (SINTOMAS COTADOS "SIM" DE L1b A L7b) aconteceram exclusivamente durante o(s) período(s) em que se sentia, quase todo tempo, [deprimido(a) / eufórico(a) / irritado(a)] ?

NÃO SIM 19
TRANSTORNO DO HUMOR
COM CARACTERÍSTICAS
PSICÓTICAS, ATUAL

NÃO SIM
TRANSTORNO
PSICOTICO
ATUAL SIM

NÃO SIM
TRANSTORNO
PSICOTICO
VIDA INTEIRA

▶ NÃO SIM
ANOREXIA NERVOSA
ATUAL

N. BULIMIA NERVOSA

(▶ SIGNIFICA: IR DIRETAMENTE AO(S) QUADRO(S) DIAGNÓSTICO(S), ASSINALAR NÃO EM CADA UM E PASSAR AO MÓDULO SEQUINTE)

N1	Nos últimos 3 meses, teve crises de “comer descontroladamente” durante as quais ingeriu quantidades enormes de alimentos num espaço de tempo limitado, isto é, em menos de 2 horas?	▶ NÃO	SIM	7	
N2	Nos últimos 3 meses, teve crises de “comer descontroladamente”, pelo menos 2 vezes por semana?	▶ NÃO	SIM	8	
N3	Durante essas crises de “comer descontroladamente” tem a impressão de não poder parar de comer ou de não poder limitar a quantidade de alimento que come?	▶ NÃO	SIM	9	
N4	Para evitar engordar depois das crises de “comer descontroladamente”, faz coisas como provocar o vômito, dietas rigorosas, praticar exercícios físicos importantes, tomar laxantes, diuréticos ou medicamentos para tirar a fome?	▶ NÃO	SIM	10	
N5	Sua opinião sobre si mesmo(a) ou a sua auto-estima são muito influenciadas pelo seu peso ou pelas suas formas corporais?	▶ NÃO	SIM	11	
N6	O (A) ENTREVISTADO(A) APRESENTA UMA ANOREXIA NERVOSA (QUESTÃO M6—SIM)?	▶ NÃO	SIM		
N7	Estas crises de “comer descontroladamente” ocorrem sempre que o seu peso é inferior a _____ Kgs? (RETOMAR O PESO CRÍTICO DO(A) ENTREVISTADO(A) EM FUNÇÃO DA SUA ALTURA E SEXO NA TABELA DO MÓDULO “N” (ANOREXIA NERVOSA))	passar a N8	▶ NÃO	SIM	12

NÃO

BULIMIA NERVOSA ATUAL

NÃO

ANOREXIA NERVOSA
Tipo *Compulsão Peridica / Purgativo*
ATUAL

N7 É COTADAS SIM?

N8 N5 É COTADA “SIM” E N7 COTADA “NÃO” (OU NÃO COTADA)?

O. TRANSTORNO DE ANSIEDADE GENERALIZADA

(▶ SIGNIFICA: IR DIRETAMENTE AO(S) QUADRO(S) DIAGNÓSTICO(S), ASSINALAR NÃO EM CADA UM E PASSAR AO MÓDULO SEQUINTE)

O1	a Durante os últimos 6 meses, sentiu-se excessivamente preocupado (a), inquieto (a), ansioso (a) com relação a vários problemas da vida cotidiana (trabalho / escola, casa, familiares / amigos), ou teve a impressão ou lhe disseram que se preocupava demais com tudo?	▶ NÃO	SIM	1
	b Teve essas preocupações quase todos os dias?	▶ NÃO	SIM	2
	A ANSIEDADE DO(A) ENTREVISTADO(A) É RESTRITA OU MELHOR EXPLICADA POR QUALQUER OUTRO TRANSTORNO PSQUIÁTRICO(A) EXPLORADO ATÉ AQUI?	▶ NÃO	SIM	3
O2	Tem dificuldade em controlar essas preocupações (/ essa ansiedade) ou ela (s) o(a) impede(m) de se concentrar no que tem que fazer?	▶ NÃO	SIM	4
O3	DE O3 a A O3f COTAR “NÃO” OS SINTOMAS QUE OCORREM APENAS NO CONTEXTO DOS TRANSTORNOS JÁ EXPLORADOS ANTERIORMENTE:			

Nos últimos 6 meses, quando se sentia excessivamente preocupado(a), inquieto(a), ansioso(a), quase todo o tempo:

- a Sentia –se agitado(a), tenso(a), com os nervos à flor da pele?
- b Tinha os músculos tensos?
- c Sentia-se cansado (a), fraco(a) ou facilmente exausto(a)?
- d Tinha dificuldade para se concentrar ou tinha esquecimentos / “branco na mente”?
- e Sentia-se particularmente irritável?
- f Tinha problemas de sono (dificuldade de pegar no sono, acordar no meio da noite ou muito cedo, dormir demais)?

O3 (SUMÁRIO): HÁ PELO MENOS 3 RESPOSTAS “SIM” EM O3?

NÃO

SIM

TRANSTORNO DE ANSIEDADE
GENERALIZADA ATUAL

P. TRANSTORNO DA PERSONALIDADE ANTI-SOCIAL (opcional)

(▶ SIGNIFICA: IR DIRETAMENTE AO(S) QUADRO(S) DIAGNÓSTICO(S), ASSINALAR NÃO EM CADA UME PASSAR AO MÓDULO SEGUINTE)

	Antes dos 15 anos:						Depois dos 15 anos:					
P1	a	Freqüentemente faltou à escola ou passou a noite fora de casa ?	NÃO	SIM	1		a	Freqüentemente teve comportamentos que os outros achavam irresponsáveis, como não pagar as dívidas, agir impulsivamente ou não querer trabalhar para se sustentar?	NÃO	SIM	7	
	b	Freqüentemente mentiu, passou a perna/ enganou os outros ou roubou ?	NÃO	SIM	2		b	Fez coisas ilegais (mesmo que não tenha sido preso), como destruir a propriedade dos outros, roubar, vender droga ou cometer um crime?	NÃO	SIM	8	
	c	Provocou, ameaçou ou intimidou os outros ?	NÃO	SIM	3		c	Freqüentemente foi violento fisicamente, inclusive com seu(sua) companheiro (a) ou seus filhos ?	NÃO	SIM	9	
	d	Destruiu ou incendiou coisas de propósito ?	NÃO	SIM	4		d	Freqüentemente mentiu, passou a perna ou enganou os outros para obter dinheiro ou prazer ou mentiu apenas para se divertir ?	NÃO	SIM	10	
	e	Machucou animais ou pessoas de propósito ?	NÃO	SIM	5		e	Expôs pessoas a perigos sem se preocupar com elas?	NÃO	SIM	11	
	f	Forçou alguém a ter relações sexuais com você?	NÃO	SIM	6		f	Não sentiu nenhuma culpa depois de ter mentido, ferido, maltratado ou roubado alguém, ou destruído a propriedade alheia ?	NÃO	SIM	12	
	<p>HÁ PELO MENOS 2 RESPOSTAS “SIM” EM P1?</p> <p>NAS QUESTÕES ABAIXO, NÃO COTAR “SIM” SE OS COMPORTAMENTOS DESCRITOS ACONTECEM UNICAMENTE EM CONTEXTOS POLÍTICOS OU RELIGIOSOS ESPECÍFICOS.</p>											
P2												

HÁ PELO MENOS 3 RESPOSTAS "SIM" EM P2 ?

NÃO **SIM**

TRANSTORNO DA

PERSONALIDADE ANTISOC

VIDA INTEIRA

**TRANSTORNO DA
PERSONALIDADE ANTISOCIAL
VIDA INTEIRA**

VIDA INTEIRA

REFERÊNCIAS

- Sheehan DV, Lecrubier Y, Hammett-Sheehan K, Janavics J, Weiller E, Keskiner A, Schiunka J, Kump E, Sheehan MF, Dunbar GC. Reliability and Validity of the MINI International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.): According to the SCID-P. *European Psychiatry*. 1997; 12:232-241.
- Lecrubier Y, Sheehan D, Weiller E, Amorim P, Bonora I, Sheehan K, Janavics J, Dunbar G. The MINI International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.): A Short Diagnostic Structured Interview: Reliability and Validity According to the CIDI. *European Psychiatry*. 1997; 12:224-231.
- Sheehan DV, Lecrubier Y, Hammett-Sheehan K, Amorim P, Janavics J, Weiller E, Hergueta T, Baker R, Dunbar G. The Mini International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.): The Development and Validation of a Structured Diagnostic Psychiatric Interview. *J Clin Psychiatry*. 1998; 59(suppl 20):22-33.
- Amorim P, Lecrubier Y, Weiller E, Hergueta T, Sheehan D. DSM-III-R Psychotic Disorders: procedural validity of the Mini International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.). Concordance and causes for discordance with the CIDI. *European Psychiatry*. 1998; 13:26-34.

**M.I.N.I. 4.6/5.0, M.I.N.I. Plus 4.6/5.0
and M.I.N.I. Screen 5.0:**

Translations	
Afrikaans	R. Ensley
Alemão	I. v. Dettler, M. Ackenheil, R. Dietz-Bauer
Arabe	
Basco	
Bengali	
Bulgaro	
Catalão	
Checo	
Chinês	
Coreano	
Croata	
Dinamarquês	P. Bech
Eslovaco	M. Kocmur
Espanhol	L. Ferrando, J. Bobes-Garcia, J. Gilbert-Rahola, Y. Lecrubier
Estoniano	J. Shlik, A. Aluoja, E. Kihl
Farsi/Persa	
Finlandês	M. Heikkinen, M. Ljeström, O. Tuominen
Francês	Y. Lecrubier, E. Weiller, P. Amorim, L. Bonora, J.P. Lepine
Grego	S. Beratis
Gujarati	
Hebreu	J. Zohar, Y. Sasson
Hindi	
Holandês	I. van Vliet, H. Leroy, H. van Meegen
Húngaro	I. Bittner, J. Balazs
Inglês	D. Sheehan, J. Janavs, R. Baker, K. Harmet-Sheehan, E. Knapp, M. Sheehan
Islandês	
Italiano	L. Bonora, L. Coni, M. Piccinelli, M. Tansella, G. Cassano, Y. Lecrubier, P. Donda, E. Weiller
Japonês	
Leitão	V. Janavs, J. Janavs, I. Nagabads
Norueguês	G. Pedersen, S. Blomhoff
Polaco	M. Masiak, E. Jasiak
Português	P. Amorim
Português - Brasil	P. Amorim
Punjabi	
Romeno	
Russo	
Sérvio	I. Timotijevic
Setswana	
Sueco	M. Waern, S. Andersch, M. Humble
Turco	T. Önek, A. Keskiner, I. Vahip
Urdu	

Os estudos de validação do M.I.N.I. foram possíveis, em parte, graças a fundos da SmithKline Beecham e da União Europeia. Os autores agradecem a :

Dr. Pauline Fowers por suas contribuições nos módulos Anorexia e Bulimia Nervosa
 Dr. Humberto Nagera por suas contribuições nos módulos TDAH (para crianças e adultos)
 Drs. Jonathan Cohen e Donald Klein por suas sugestões no módulo Transtorno do Pânico do MINI Plus
 Prof. Istvan Bitter e Dr. Jüdti Balazs por suas contribuições no módulo Transtorno Misto de Ansiedade-Depressão

Anexo D – Escala de Adequação Social

Gostaríamos de saber como você se sentiu no seu trabalho, lazer e vida familiar nas DUAS ÚLTIMAS SEMANAS. Não existem respostas certas ou erradas neste questionário.

Escolha as respostas que melhor descrevam como você esteve nas duas últimas semanas.

TRABALHO FORA DE CASA

Assinale a resposta que melhor se adapte à sua condição.

Eu:

- 1 – sou um trabalhador assalariado e/ou autônomo
- 2 – trabalho em casa sem remuneração (prendas domésticas)
- 3 – sou estudante
- 4 – sou aposentado
- 5 – estou desempregado

Você geralmente trabalha mais de 15 horas por semana com remuneração?

1.sim 2.não

Você trabalhou nestas duas últimas semanas com remuneração?

1.sim 2.não

Assinale a resposta que melhor descreve sua situação nas DUAS ÚLTIMAS SEMANAS

1) Quantos dias de trabalho remunerado você perdeu nas duas últimas semanas?

- 1. não perdi nenhum dia
- 2. perdi um dia
- 3. perdi cerca de metade do tempo de trabalho
- 4. perdi mais da metade do tempo de trabalho, mas trabalhei pelo menos um dia
- 5. não trabalhei nenhum dia
- 8. estive em férias nesse período

Se você não trabalhou com remuneração em nenhum dia das duas últimas semanas pule para a questão 7.

2) Você foi capaz de realizar seu trabalho nas duas últimas semanas?

1. fiz meu trabalho muito bem
2. fiz meu trabalho bem, porém tive algumas pequenas dificuldades
3. necessitei de auxílio no trabalho e cerca de metade do tempo não o fiz adequadamente
4. fiz meu trabalho de maneira inadequada na maior parte do tempo
5. fiz meu trabalho de maneira inadequada durante a tempo todo

3) Você se sentiu envergonhado de seu desempenho no trabalho nas duas últimas semanas?

1.sim 2.não

1. em nenhum momento me senti envergonhado
2. uma ou duas vezes me senti um pouco envergonhado
3. cerca de metade do tempo me senti envergonhado
4. senti-me envergonhado a maior parte do tempo
5. senti-me envergonhado o tempo todo

4) Você teve algum tipo de discussão com as pessoas com quem você trabalha nas duas últimas semanas?

1. não tive nenhuma discussão e relatei-me muito bem
2. no geral me relatei bem, mas tive pequenas discussões
3. tive mais de uma discussão
4. tive várias discussões
5. tive discussões constantemente

5) Você se sentiu chateado, preocupado ou desconfortável enquanto realizava seu trabalho nas duas últimas semanas?

1. em nenhum momento me senti assim
2. senti-me assim uma ou duas vezes
3. senti-me assim cerca de metade do tempo
4. senti-me assim a maior parte do tempo
5. senti-me assim o tempo todo

6) Você achou seu trabalho interessante nas duas últimas semanas?

1. meu trabalho foi interessante praticamente o tempo todo
2. uma ou duas vezes meu trabalho não foi interessante
3. cerca de metade do tempo meu trabalho não foi interessante
4. meu trabalho não foi interessante a maior parte do tempo
5. meu trabalho não foi interessante o tempo todo

TRABALHO EM CASA

As donas de casa devem responder às questões de 7 a 12 - os demais sigam para a questão 13.

7) Quantos dias você realizou tarefas domésticas nas duas últimas semanas?

1. diariamente
2. realizei tarefas domésticas quase todos os dias
3. realizei tarefas domésticas cerca de metade do tempo
4. no geral não realizei tarefas domésticas
5. fui totalmente incapaz de realizar tarefas domésticas
8. estive ausente de casa nas duas últimas semanas

8) Nas duas últimas semanas, você foi capaz de realizar suas tarefas domésticas, tais como cozinhar, limpar, lavar, fazer compras, consertos caseiros, etc.?

1. realizei as tarefas muito bem
2. realizei as tarefas bem, porém tive pequenas dificuldades
3. necessitei de auxílio nas tarefas e cerca de metade do tempo não as fiz adequadamente
4. fiz minhas tarefas de maneira inadequada na maior parte do tempo
5. fiz minhas tarefas de maneira inadequada o tempo todo

9) Você se sentiu envergonhado(a) de seu desempenho nas tarefas domésticas, nas duas últimas semanas?

1. em nenhum momento me senti envergonhado(a)
2. uma ou duas vezes me senti um pouco envergonhado(a)
3. cerca de metade do tempo me senti envergonhado(a)
4. senti-me envergonhado(a) a maior parte do tempo
5. senti-me envergonhado(a) o tempo todo

10) Você teve algum tipo de discussão com vendedores, comerciantes ou vizinhos, nas duas últimas semanas?

1. não tive nenhuma discussão e relatei-me muito bem
2. no geral me relatei bem, mas tive pequenas discussões
3. tive mais de uma discussão
4. tive várias discussões
5. tive discussões constantemente

11) Você se sentiu incomodado(a) com o seu trabalho doméstico, nas duas últimas semanas?

1. em nenhum momento me senti incomodado(a)
2. senti-me incomodado(a) uma ou duas vezes
3. senti-me incomodado(a) cerca de metade do tempo
4. senti-me incomodado(a) a maior parte do tempo
5. senti-me incomodado(a) o tempo todo

12) Você achou seu trabalho doméstico interessante, nas duas últimas semanas?

1. meu trabalho foi interessante na maior parte do tempo
2. uma ou duas vezes meu trabalho não foi interessante
3. cerca de metade do tempo meu trabalho não foi interessante
4. meu trabalho não foi interessante a maior parte do tempo
5. meu trabalho não foi interessante o tempo todo

ESTUDANTES

Responda às questões de 13 a 18 se você frequenta escola por meio período ou mais, Caso contrário, pule para a questão 19.

Quanto tempo você permanece na escola?

1. período integral
2. mais que meio período
3. meio período

Assinale a resposta que melhor descreve sua situação nas últimas duas semanas.

13) Quanto dias de aula você perdeu nas duas últimas semanas?

1. não perdi nenhum dia
2. perdi poucos dias de aula
3. perdi cerca de metade do tempo de aula
4. perdi mais da metade do tempo de aula
5. não fui à escola nenhum dia
8. estive de férias nesse período

14) Você foi capaz de realizar suas tarefas escolares nas duas últimas semanas?

1. fiz minhas tarefas muito bem
2. fiz minhas tarefas, porém tive pequenas dificuldades
3. necessitei de ajuda nas minhas tarefas e cerca de metade do tempo não as fiz adequadamente
4. fiz minhas tarefas de maneira inadequada a maior parte do tempo
5. fiz minhas tarefas de maneira inadequada o tempo todo

15) Você se sentiu envergonhado(a) de seu desempenho escolar nas duas últimas semanas?

1. em nenhum momento me senti envergonhado(a)
2. uma ou duas vezes me senti envergonhado(a)
3. cerca de metade do tempo me senti envergonhado(a)
4. senti-me envergonhado(a) a maior parte do tempo
5. senti-me envergonhado(a) o tempo todo

16) Você teve algum tipo de discussão com pessoas ligadas à escola nas duas últimas semanas?

1. não tive nenhuma discussão e relatei-me muito bem
2. no geral me relatei bem, mas tive pequenas discussões
3. tive mais de uma discussão
4. tive várias discussões
5. tive discussões constantemente
8. não se aplica, não frequentei a escola nesse período

17) Você teve algum aborrecimento na escola nas duas últimas semanas?

1. em nenhum momento senti-me aborrecido(a)
2. senti-me aborrecido(a) um ou duas vezes
3. senti-me aborrecido(a) cerca de metade do tempo
4. senti-me aborrecido(a) a maior parte do tempo
5. senti-me aborrecido(a) o tempo todo
8. não se aplica, não frequentei a escola nesse período

18) Você achou suas tarefas escolares interessantes nas duas últimas semanas?

1. minhas tarefas escolares foram interessantes o tempo todo
2. uma ou duas vezes minhas tarefas escolares não foram interessantes
3. cerca de metade do tempo minhas tarefas escolares não foram interessantes
4. no geral, minhas tarefas escolares não foram interessantes a maior parte do tempo
5. minhas tarefas escolares não foram interessantes o tempo todo

LAZER

Todos devem responder às questões de 19 a 27

Assinale a resposta que melhor descreve sua situação nas últimas duas semanas.

19) Quantos amigos você viu ou conversou ao telefone nas duas últimas semanas?

1. nove ou mais amigos
2. cinco a oito amigos
3. dois a quatro amigos
4. um amigo
5. nenhum amigo

20) Você foi capaz de conversar sobre seus sentimentos e problemas com pelo menos um amigo nas duas últimas semanas?

1. posso sempre falar sobre meus sentimentos
2. no geral, posso falar sobre meus sentimentos
3. consegui falar sobre meus sentimentos cerca de metade do tempo
4. com frequência não consegui falar sobre meus sentimentos
5. em nenhum momento consegui falar sobre meus sentimentos
8. não se aplica, não tenho amigos

21) Nas duas últimas semanas, quantas vezes você saiu socialmente com outras pessoas? Por exemplo, visitou amigos, foi ao cinema, a restaurantes, à igreja, convidou amigos para sua casa?

1. mais de três vezes
2. três vezes
3. duas vezes
4. uma vez
5. nenhuma vez

22) Quanto tempo você dedicou a suas atividade de lazer, nas duas últimas semanas? Por exemplo, esportes, leitura, ouvir música, etc.

1. dediquei a maior parte do tempo livre ao lazer praticamente todos os dias
2. dediquei parte do tempo livre o lazer em alguns dias
3. dediquei pouco tempo livre o lazer
4. no geral, não dediquei nenhum tempo ao lazer, mas assisti à televisão
5. não dediquei nenhum tempo ao lazer, nem assisti à televisão

23) Você teve algum tipo de discussão com seus amigos nas duas últimas semana?

1. não tive nenhuma discussão e relacionei-me muito bem
2. no geral me relacionei bem, mas tive pequenas discussões
3. tive mais de uma discussão
4. tive várias discussões
5. tive discussões constantes
8. não se aplica, não tenho amigos

24) Se seus sentimentos foram feridos ou se você foi ofendido por um amigo durante as duas últimas semanas, quanto isso o afetou?

1. isso não me afetou ou não aconteceu
2. superei em poucas horas
3. superei em poucos dias
4. superei em uma semana
5. vai levar meses até que eu me recupere
8. não se aplica, não tenho amigos

25) Você se sentiu tímido(a) ou desconfortável quando em companhia de outras pessoas nas duas últimas semanas?

1. sempre me senti confortável
2. algumas vezes me senti desconfortável, mas relaxei depois de pouco tempo
3. senti-me desconfortável cerca de metade do tempo
4. no geral me senti desconfortável
5. senti-me desconfortável o tempo todo
8. não se aplica, não estive com outras pessoas

26) Você se sentiu solitário(a) e desejando ter mais amigos durante as duas últimas semanas?

1. não me sente solitário(a)
2. senti-me solitário(a) algumas vezes
3. senti-me solitário(a) cerca da metade do tempo
4. no geral me senti solitário(a)
5. o tempo todo me senti solitário(a) e desejando ter mais amigos

27) Você se sentiu aborrecido(a) em seu tempo livre durante as duas últimas semanas?

1. nunca me senti aborrecido(a)
2. no geral não me senti aborrecido(a)
3. senti-me aborrecido(a) cerca de metade do tempo
4. no geral me senti aborrecido(a)
5. senti-me aborrecido(a) o tempo todo

Você é solteiro separado ou divorciado e não mora com um parceiro sexual?

1. SIM, responda às questões 28 e 29
2. NÃO, pule para a questão 30

28) Quantas vezes você teve um encontro com intenções amorosas nas duas últimas semanas?

1. mais de três vezes
2. três vezes
3. duas vezes
4. uma vez
5. nenhuma vez

29) Você se interessou por ter encontros amorosos nas duas últimas semanas? Se você não os teve, gostaria de tê-los tido?

1. interessei-me por encontros o tempo todo
2. a maior parte do tempo me interessei por encontros
3. cerca de metade do tempo me interessei por encontros
4. não me interessei por encontros a maior parte do tempo
5. estive totalmente desinteressado por encontros

FAMÍLIA

Responda às questões de 30 a 37 sobre seus pais, irmãos, irmãs, cunhados, sogros e crianças que não moram em sua casa.

Você teve em contato com algum deles nas duas últimas semanas?

1. SIM, responda às questões de 30 a 37
2. NÃO, pule pra a questão 38

30) Você teve algum tipo de discussão com seus parentes nas duas últimas semanas?

1. relacionamo-nos bem o tempo todo
2. no geral nos relacionamos bem, mas tive pequenas discussões
3. tive mais de uma discussão com pelo menos um parente
4. tive várias discussões
5. tive discussões constantemente

31) Você foi capaz de conversar sobre seus sentimentos e problemas com pelo menos um parente nas duas últimas semanas?

1. posso sempre falar sobre meus sentimentos com pelo menos um parente
2. no geral posso falar sobre meus sentimentos
3. consegui falar sobre meus sentimentos cerca de metade do tempo
4. com frequência não consegui falar sobre meus sentimentos
5. nunca consegui falar sobre meus sentimento

32) Você evitou contato com seus familiares nas duas últimas semanas?

1. procurei meus familiares regularmente
2. procurei algum familiar pelo menos uma vez
3. esperei que meus familiares me procurassem
4. evitei meus familiares, mas eles me procuraram
5. não tenho contato com nenhum familiar

33) Você dependeu de seus familiares para obter ajuda conselhos, dinheiro ou afeto nas duas últimas semanas?

1. em nenhum momento preciso ou dependo deles
2. no geral não dependi deles
3. dependi deles cerca de metade do tempo
4. dependo deles a maior parte do tempo
5. dependo completamente de meus familiares

34) Você quis contrariar seus familiares a fim de provocá-los nas duas últimas semanas?

1. não quis contrariá-las
2. uma ou duas vezes quis contrariá-las
3. quis contrariá-las cerca de metade do tempo
4. quis contrariá-las a maior parte do tempo
5. eu os contrariei o tempo todo

35) Você se preocupou, sem nenhum razão, com coisas que pudessem acontecer a seus familiares nas duas últimas semanas?

1. não me preocupei sem razão
2. preocupei-me uma ou duas vezes
3. preocupei-me cerca de metade do tempo
4. preocupei-me a maior parte do tempo
5. preocupei-me o tempo todo
8. não se aplica, não tenho familiares

TODOS respondem às questões 36 e 37, mesmo que não tenham familiares.

36) Nas últimas semanas, você achou que decepcionou ou foi injusto(a) com seus familiares?

1. não achei que os decepionei em nada
2. no geral não achei que os decepionei
3. cerca de metade do tempo achei que os decepionei
4. a maior parte do tempo achei que os decepionei
5. o tempo todo achei que os decepionei

37) Em algum momento nas últimas duas semanas você achou que seus familiares o decepcionaram ou foram injustos com você?

1. em nenhum momento achei que eles me decepcionaram
2. no geral achei que eles não me decepcionaram
3. cerca de metade do tempo achei que eles me decepcionaram
4. a maior parte do tempo achei que eles me decepcionaram
5. tenho muita mágoa porque eles me decepcionaram

Você mora com seu cônjuge ou está morando com um parceiro sexual?

1. SIM, responda às questões de 38 a 46
2. NÃO, pule para a questão 47

38) Você teve algum tipo de discussão com seu companheiro(a) nas duas últimas semanas?

1. não tivemos nenhuma discussão e relacionamo-nos muito bem
2. no geral nos relacionamos bem, mas tivemos pequenas discussões
3. tivemos mais de uma discussão
4. tivemos várias discussões
5. tivemos discussões constantemente

39) Você foi capaz de conversar sobre seus sentimentos e problemas com seu companheiro(a) nas duas últimas semanas?

1. pude sempre falar sobre meus sentimentos livremente
2. no geral pude falar sobre meus sentimentos
3. consegui falar sobre meus sentimentos cerca de metade do tempo
4. com frequência não consegui falar sobre meus sentimentos
5. em nenhum momento consegui falar sobre meus sentimentos

40) Você exigiu que as coisas em casa fossem feitas do seu jeito nas duas últimas semanas?

1. eu não insisti para que as coisas fossem feitas do meu jeito
2. no geral eu não insisti para que as coisas fossem feitas do meu jeito
3. cerca de metade do tempo eu insisti para que as coisas fossem do meu jeito
4. no geral eu insisti para que as coisas fossem feitas do meu jeito
5. o tempo todo eu insisti para que as coisas fossem feitas do meu jeito

41) Você sentiu que seu companheiro(a) foi autoritário com você ou ficou pegando no seu pé nas duas últimas semanas?

1. quase nunca
2. de vez em quando
3. cerca de metade do tempo
4. a maior parte do tempo
5. o tempo todo

42) Você se sentiu dependente de seu companheiro(a) nas duas últimas semanas?

1. senti-me independente
2. no geral me senti independente
3. senti-me um tanto dependente
4. no geral me senti dependente
5. dependi de meu companheiro(a) para tudo

43) Como você se sentiu em relação a seu companheiro(a) nas duas últimas semanas?

1. senti afeto o tempo todo
2. no geral senti afeto
3. cerca de metade do tempo senti afeto e cerca de metade do tempo senti desagrado
4. no geral senti desagrado
5. senti desagrado o tempo todo

44) Quantas vezes você e seu companheiro(a) tiveram relações sexuais?

- 1- mais de duas vezes por semana
- 2- uma ou duas vezes por semana
- 3- uma vez a cada duas semanas
- 4- menos de uma vez a cada duas semanas, mas pelo menos uma vez no último mês
- 5- nenhuma vez no último mês ou mais

45) Você teve algum problema durante relações sexuais, tal como dor, nas duas últimas semanas?

1. nenhum
2. uma ou duas vezes
3. cerca de metades das vezes
4. a maior parte das vezes
5. todas as vezes
8. não se aplica, não tive relações sexuais nas duas últimas semanas

46) Como você se sentiu quanto às relações sexuais nas suas últimas semanas?

1. senti prazer todas as vezes
2. no geral senti prazer
3. senti prazer cerca de metade das vezes
4. no geral não senti prazer
5. não senti prazer nenhuma das vezes

FILHOS

Nas duas últimas semanas, estiveram morando com você filhos solteiros, adotivos ou enteados?

1. SIM, responda às questões de 47 a 50
2. NÃO, pule para a questão 51

47) Você tem se interessado(a) pelas atividades de seus filhos, escola, lazer, durante as duas últimas semanas?

1. interessei-me e estive ativamente envolvido(a) o tempo todo
2. no geral me interessei e estive envolvido(a)
3. cerca de metade do tempo interessei-me
4. no geral não me interessei
5. estive desinteressado(a) o tempo todo

48) Você foi capaz de conversar e ouvir seus filhos nas duas últimas semana? (crianças maiores de 2 anos)

- 1- sempre consegui comunicar-me com eles
- 2- no geral consegui comunicar-me com eles
- 3- cerca de metade das vezes consegui comunicar-me com eles
- 4- no geral não consegui comunicar-me com eles
- 5- não consegui comunicar-me com eles
- 8- não se aplica, não tenho filhos maiores de 2 anos

49) Como você se relacionou com seus filhos nas duas últimas semanas?

- 1- não tive nenhuma discussão e relatei-me muito bem
- 2- no geral me relatei bem, mas tive pequenas discussões
- 3- tive mais de uma discussão
- 4- tive várias discussões
- 5- tive discussões constantemente

50) Como você se sentiu em relação a seus filhos nas duas últimas semanas?

1- senti afeto o tempo todo

2- no geral senti afeto

3- cerca de metade do tempo senti afeto

4- no geral não senti afeto

5- em nenhum momento senti afeto

VIDA FAMILIAR

Você já foi casado, viveu com um parceiro sexual ou teve filhos?

1- SIM, responda às questões de 51 a 53

2-NÃO, pule para a questão 54

51) Você se preocupou com seu companheiro(a) ou com algum de seus filhos sem nenhuma razão nas duas últimas semanas, mesmo não estando morando juntos atualmente?

1- não me preocupei

2- preocupei-me uma ou duas vezes

3- preocupei-me cerca de metade do tempo

4- preocupei-me a maior parte do tempo

5- preocupei-me o tempo todo

8- não se aplica, não tenho companheiro ou filhos vivos

52) Em algum momento nas duas últimas semanas você achou que decepcionou o seu parceiro ou algum de seus filhos?

1- não achei que os decepcionei em nada

2- no geral não senti que os decepcionei

3- cerca de metade do tempo achei que os decepcionei

4- a maior parte do tempo achei que os decepcionei

5- eu os decepcionei completamente

53) Em algum momento nas duas últimas semanas você achou que seu companheiro ou algum de seus filhos o decepcionou?

1- em nenhum momento achei que eles me decepcionaram

2- no geral achei que eles não me decepcionaram

3- cerca de metade do tempo achei que eles me decepcionaram

4- no geral achei que eles me decepcionaram

5- tenho muita mágoa porque eles me decepcionaram

SITUAÇÃO FINANCEIRA

Todos respondam á questão 54

54) Você teve dinheiro suficiente para suprir suas necessidades e as de sua família nas duas últimas semanas?

1- tive dinheiro suficiente para as necessidades básicas

2- no geral tive dinheiro suficiente, porém com pequenas dificuldades

3- cerca de metade do tempo tive dificuldades financeiras, porém não precisei pedir dinheiro emprestado

4- no geral não tive dinheiro suficiente e precisei pedir dinheiro emprestado

5- tive sérias dificuldades financeiras

Anexo E – Escala de Qualidade de Vida da Organização Mundial de Saúde (*WHOQOL – Bref*)

Este questionário é sobre como você se sente a respeito de sua qualidade de vida, saúde e outras áreas de sua vida. **Por favor responda a todas as questões.** Se você não tem certeza sobre que resposta dar em uma questão, por favor, escolha entre as alternativas a que lhe parece mais apropriada. Esta, muitas vezes, poderá ser sua primeira escolha.

Por favor, tenha em mente seus valores, aspirações, prazeres e preocupações. Nós estamos perguntando o que você acha de sua vida, tomando como referência as **duas últimas semanas**.

Como você avaliaria sua qualidade de vida?	Muito Ruim	Ruim	Nem ruim nem boa	Boa	Muito boa
Quão satisfeito(a) você está com a sua saúde?	Muito insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito nem insatisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito
Em que medida você acha que sua dor (física) impede você de fazer o que você precisa?	Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	Extremamente
O quanto você precisa de algum tratamento médico para levar sua vida diária?	Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	Extremamente
O quanto você aproveita a vida?	Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	Extremamente
Em que medida você acha que a sua vida tem sentido?	Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	Extremamente
O quanto você consegue se concentrar?	Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	Extremamente
Quão seguro(a) você se sente em sua vida diária?	Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	Extremamente

Quão saudável é o seu ambiente físico (clima, barulho, poluição, atrativos)?	Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	Extremamente
As questões seguintes perguntam sobre quão completamente você tem sentido ou é capaz de fazer certas coisas nestas últimas duas semanas.					
Você tem energia suficiente para seu dia-a-dia?	Nada	Muito pouco	Médio	Muito	Completamente
Você é capaz de aceitar sua aparência física?	Nada	Muito pouco	Médio	Muito	Completamente
Você tem dinheiro suficiente para satisfazer suas necessidades?	Nada	Muito pouco	Médio	Muito	Completamente
Quão disponíveis para você estão as informações que precisa no seu dia-a-dia?	Nada	Muito pouco	Médio	Muito	Completamente
Em que medida você tem oportunidades de atividade de lazer?	Nada	Muito pouco	Médio	Muito	Completamente
As questões seguintes perguntam sobre quão bem ou satisfeito você se sentiu a respeito de vários aspectos de sua vida nas últimas duas semanas.					
Quão bem você é capaz de se locomover?	Muito ruim	Ruim	Nem ruim nem bom	Bom	Muito bom
Quão satisfeito(a) você está com o seu sono?	Muito insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito nem insatisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito
Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade de desempenhar as atividades do seu dia-a-dia?	Muito insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito nem insatisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito

Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade para o trabalho?	Muito insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito nem insatisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito
Quão satisfeito(a) você está consigo mesmo?	Muito insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito nem insatisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito
Quão satisfeito(a) você está com suas relações pessoais (amigos, parentes, conhecidos, colegas)?	Muito insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito nem insatisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito
Quão satisfeito(a) você está com sua vida sexual?	Muito insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito nem insatisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito
Quão satisfeito(a) você está com o apoio que você recebe de seus amigos?	Muito insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito nem insatisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito
Quão satisfeito(a) você está com as condições do local onde mora?	Muito insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito nem insatisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito
Quão satisfeito(a) você está com o seu acesso aos serviços de saúde?	Muito insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito nem insatisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito
Quão satisfeito(a) você está com o seu meio de transporte?	Muito insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito nem insatisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito
Com que frequência você tem sentimentos negativos tais como mau humor, desespero, ansiedade, depressão?	Nunca	Algumas vezes	Frequente-mente	Muito frequen-temente	Sempre

Anexo F – Escala de Ansiedade IDATE (estado)

Leia cada pergunta e faça um círculo ao redor do número à direita da afirmação que melhor indicar como você se sente agora, neste momento.

Não gaste muito tempo numa única afirmação, mas tente dar uma resposta que mais se aproxime de como você se sente neste momento.

AValiação

Muitíssimo.....4

Um pouco.....2

Bastante.....3

Absolutamente não.....1

1	Sinto-me calmo(a)	1	2	3	4
2	Sinto-me seguro(a)	1	2	3	4
3	Estou tenso(a)	1	2	3	4
4	Estou arrependido	1	2	3	4
5	Sinto-me à vontade	1	2	3	4
6	Sinto-me perturbado(a)	1	2	3	4
7	Estou preocupado(a) com possíveis infortúnios	1	2	3	4
8	Sinto-me descansado(a)	1	2	3	4
9	Sinto-me ansioso(a)	1	2	3	4
10	Sinto-me "em casa"	1	2	3	4
11	Sinto-me confiante	1	2	3	4

12	Sinto-me nervoso(a)	1	2	3	4
13	Estou agitado(a)	1	2	3	4
14	Sinto-me uma pilha de nervos	1	2	3	4
15	Estou descontraído(a)	1	2	3	4
16	Sinto-me satisfeito(a)	1	2	3	4
17	Estou preocupado(a)	1	2	3	4
18	Sinto-me super excitado(a) e confuso(a)	1	2	3	4
19	Sinto-me alegre	1	2	3	4
20	Sinto-me bem	1	2	3	4

TOTAL: __/80

Anexo G – Escala de Ansiedade IDATE (traço)

Leia cada pergunta e faça um círculo ao redor do número à direita da afirmação que melhor indicar como você em geral se sente.

Não gaste muito tempo numa única afirmação, mas tente dar uma resposta que mais se aproxime de como você em geral se sente.

1	Sinto-me bem	1	2	3	4
2	Canso-me facilmente	1	2	3	4
3	Tenho vontade de chorar	1	2	3	4
4	Gostaria de poder ser tão feliz quanto os outros parecem ser	1	2	3	4
5	Perco oportunidades porque não consigo tomar decisões rapidamente	1	2	3	4
6	Sinto-me descansado(a)	1	2	3	4
7	Sou calmo(a), ponderado(a) e senhor(a) de mim mesmo	1	2	3	4
8	Sinto que as dificuldades estão se acumulando de tal forma que não as consigo resolver	1	2	3	4
9	Preocupo-me demais com coisas sem importância	1	2	3	4
10	Sou feliz	1	2	3	4
11	Deixo-me afetar muito pelas coisas	1	2	3	4
12	Não tenho muita confiança em mim mesmo(a)	1	2	3	4
13	Sinto-me seguro(a)	1	2	3	4
14	Evito ter que enfrentar crises ou problemas	1	2	3	4
15	Sinto-me deprimido(a)	1	2	3	4

16	Estou satisfeito(a)	1	2	3	4
17	Às vezes, ideias sem importância me entram na cabeça e ficam me preocupando	1	2	3	4
18	Levo os desapontamentos tão a sério que não consigo tirá-los da cabeça	1	2	3	4
19	Sou uma pessoa estável	1	2	3	4
20	Fico tenso(a) e perturbado(a) quando penso em meus problemas do momento	1	2	3	4

TOTAL: __/80

Anexo H – Inventário de Depressão de Beck

Neste questionário existem grupos de afirmativas. Por favor leia cada uma delas e selecione a afirmativa que melhor descreva como você se sentiu NA SEMANA QUE SE PASSOU, INCLUINDO O DIA DE HOJE. Desenhe um círculo ao lado da afirmativa que tiver selecionado. Se várias afirmativas no grupo parecem aplicar-se igualmente bem, circule cada uma delas. Certifique-se de ter lido todas as afirmativas de cada item antes de fazer sua escolha.

1. 0 Não me sinto triste.
 - 1 Sinto-me triste.
 - 2 Sinto-me triste o tempo todo e não consigo sair disso.
 - 3 Estou tão triste e infeliz que não posso agüentar.
2. 0 Não estou particularmente desencorajado(a) quanto ao futuro.
 - 1 Sinto-me desencorajado(a) quanto ao futuro.
 - 2 Sinto que não tenho nada por esperar.
 - 3 Sinto que o futuro é sem esperança e que as coisas não podem melhorar.
3. 0 Não me sinto fracassado(a).
 - 1 Sinto que falhei mais que o indivíduo médio.
 - 2 Quando olho para traz em minha vida, tudo que vejo é um porção de fracassos.
 - 3 Sinto que sou um fracasso completo como pessoa.
4. 0 Obtenho tanta satisfação com as coisas como costumava fazer.
 - 1 Não gosto das coisas como costumava gostar.
 - 2 Não consigo sentir mais satisfação real com coisa alguma.
 - 3 Estou insatisfeito(a) ou entediado(a) com tudo.
5. 0 Não me sinto particularmente culpado(a).
 - 1 Sinto-me culpado(a) boa parte do tempo.
 - 2 Sinto-me culpado(a) a maior parte do tempo.
 - 3 Sinto-me culpado(a) o tempo todo.
6. 0 Não sinto que esteja sendo punido(a).
 - 1 Sinto que posso ser punido(a).
 - 2 Sinto que vou ser punido(a).
 - 3 Sinto que estou sendo punido
7. 0 Não me sinto desapontado(a) comigo mesmo(a).
 - 1 Sinto-me desapontado(a) comigo mesmo(a).
 - 2 Sinto-me aborrecido(a) comigo mesmo(a).
 - 3 Eu me odeio.
8. 0 Não sinto que eu seja pior que qualquer outra pessoa.
 - 1 Critico minhas fraquezas ou erros.
 - 2 Responsabilizo-me o tempo todo por minhas falhas.
 - 3 Culpo-me por todas as coisas ruins que me acontecem.

9. 0 Não tenho nenhum pensamento a respeito de me matar.
1 Tenho pensamentos a respeito de me matar mas não os levaria adiante.
2 Gostaria de me matar.
3 Eu me mataria se tivesse uma oportunidade.
10. 0 Não costumo chorar mais que o habitual.
1 Choro agora mais que costumava fazer.
2 Atualmente choro o tempo todo.
3 Eu costumava conseguir chorar, mas agora não consigo, mesmo que queira.
11. 0 Não me irrita mais agora do que qualquer outra época.
1 Fico molestado(a) ou irritado(a) mais facilmente do que costumava.
2 Atualmente sinto-me irritado(a) todo tempo.
3 Absolutamente não me irrita com as coisas que costumavam irritar-me.
12. 0 Não perdi o interesse nas outras pessoas.
1 Interesse-me menos do que costumava pelas outras pessoas.
2 Perdi a maior parte do meu interesse nas outras pessoas.
3 Perdi todo o meu interesse nas outras pessoas.
13. 0 Tomo decisões mais ou menos tão bem como em qualquer outra época.
1 Adio minhas decisões mais do que costumava.
2 Tenho maior dificuldade em tomar decisões mais do que antes.
3 Não consigo mais tomar decisões.
14. 0 Não sinto que minha aparência seja pior do que costumava ser.
1 Preocupo-me por estar parecendo velho(a) ou sem atrativos.
2 Sinto que há mudanças permanentes em minha vida que me fazer parecer sem atrativos.
3 Considero-me feio(a).
15. 0 Posso trabalhar mais ou menos tão bem como antes.
1 Preciso de um esforço extra para começar qualquer coisa.
2 Tenho que me forçar muito até fazer qualquer coisa.
3 Não consigo fazer nenhum trabalho.
16. 0 Durmo tão bem quanto de hábito.
1 Não durmo tão bem quanto costumava.
2 Acordo 1 ou 2 horas mais cedo do que de hábito e tenho dificuldade de voltar a dormir.
3 Acordo várias horas mais cedo do que costumava e tenho dificuldades de voltar a dormir.
17. 0 Não fico mais cansado(a) do que o hábito.
1 Fico cansado(a) com mais facilidade do que costumava.
2 Sinto-me cansado(a) ao fazer quase qualquer coisa.
3 Estou cansado(a) demais para fazer qualquer coisa.

18. 0 Meu apetite não está pior do que o de hábito.
1 Meu apetite não é tão bom quanto costumava ser.
2 Meu apetite está muito pior agora.
3 Não tenho mais nenhum apetite.

19. 0 Não perdi muito peso se é que perdi algum ultimamente.
1 Perdi mais de 2,5 kg.
2 Perdi mais de 5,0 kg.
3 Perdi mais de 7,5 kg.

Estou deliberadamente tentando perder peso, comendo menos - sim () não ()

20. 0 Não me preocupo mais que de hábito com minha saúde.
1 Preocupo-me com problemas físicos, como dores e aflições, ou perturbações no estômago ou prisões de ventre.
2 Estou muito preocupado(a) com problemas físicos e é difícil pensar em muito mais que isso.
3 Estou tão preocupado(a) com meus problemas físicos que não consigo pensar em outra coisa.

21. 0 Não tenho observado qualquer mudança recente em meu interesse sexual.
1 Estou menos interessado(a) por sexo do que costumava.
2 Estou bem menos interessado(a) em sexo atualmente.
3 Perdi completamente o interesse por sexo.

Total: _____

Anexo I – Escala de Impressão Clínica Global (ICG)

GRAVIDADE DA DOENÇA

Considerando a sua experiência com esta doença, quão mentalmente doente está o paciente neste momento? (Marque apenas uma).

- 1.Normal, não doente
- 2.Limítrofe para a doença mental.
- 3.Levemente doente.
- 4.Moderadamente doente.
- 5.Marcadamente doente.
- 6.Gravemente doente.
- 7.Doença mental extremamente grave.

MELHORA GLOBAL

Comparando à condição do paciente no início do tratamento (1ª visita), qual o grau de alteração que ocorreu?

- 1.Muito melhor.
- 2.Melhor.
- 3.Ligeiramente melhor.
- 4.Sem alteração.
- 5.Ligeiramente pior.
- 6.Pior.
- 7.Muito pior.

REFERÊNCIAS

13 REFERÊNCIAS

- Adi Y, Ashcroft D, Browne K, Beech A, Fry-Smith A, Hyde C. Clinical effectiveness and cost-consequences of selective serotonin reuptake inhibitors in the treatment of sex offenders. *Health Technol Assess*. 2002;6(28):1-66.
- Agresti A. *Categorical data analysis*. New York: John Wiley & Sons; 1990.
- Alexander MA. Sexual offender treatment efficacy revisited. *Sex Abuse*. 1999;11(2):101-16.
- American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. 3rd ed rev. Washington: American Psychiatric Association; 1987.
- American Psychiatric Association. Transtornos sexuais e da identidade de gênero. In: *Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais*. 4a ed rev. Artmed: Porto Alegre; 2002. p.511-53.
- American Psychiatry Association. *Diagnostic and statistical: manual of mental disorders DSM-5*. 5th ed. Washington: American Psychiatric Association; 2013.
- Amorim P. Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI): validação de entrevista breve para diagnóstico de transtornos mentais. *Rev Bras Psiquiatr*. 2000;22(3):106-15.
- Araji S, Finkelhor D. Explanations of pedophilia: review of empirical research. *Bull Am Acad Psychiatry Law*. 1985;13(1):17-37.
- Asadi-Lari M, Tamburini M, Gray D. Patients' needs, satisfaction, and health related quality of life: towards a comprehensive model. *Health Qual Life Outcomes*. 2004;2:32.
- Assumpção AA, Garcia FD, Garcia HD, Bradford JM, Thibaut F. Pharmacologic treatment of paraphilias. *Psychiatr Clin North Am*. 2014;37(2):173-81.
- Beck AT, Ward CH, Mendelson M, Mock J, Erbaugh G. An inventory for measuring depression. *Arch Gen Psychiatry*. 1961;4:561-71.
- 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.
- Berlin FS, Malin HM, Thomas K. Nonpedophilic and nontransvestic paraphilias. In: Gabbard GO, editor. *Treatments of psychiatric disorders*. Washington, DC: American Psychiatric Press; 1995. p.1941-1958.

- Bion WR. *Experiências com grupos*. 2a ed. Rio de Janeiro: Imago; São Paulo: EDUSP; 1975.
- 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.
- Bowlby J. *Attachment and loss: separation*. New York: Basic Books; 1973.
- 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, Kafka MP. Pharmacological treatments for paraphilic patients and sexual offenders. *Curr Opin Psychiatry*. 2007;20(6):609-13.
- Burns JM, Swerdlow RH. Right orbitofrontal tumor with pedophilia symptom and constructional apraxia sign. *Arch Neurol*. 2003;60(3):437-40.
- Callahan EJ, Leitenberg H. Aversion therapy for sexual deviation: contingent shock and covert sensitization. *J Abnorm Psychol*. 1973;81(1):60-73.
- 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.
- Carter CS. Neuroendocrine perspectives on social attachment and love. *Psychoneuroendocrinology*. 1998;23(8):779-18.
- Catalani A, Casolini P, Scaccianoce S, Patacchioli FR, Spinozzi P, Angelucci L. Maternal corticosterone during lactation permanently affects brain corticosteroid receptors, stress response and behaviour in rat progeny. *Neuroscience*. 2000;100(2):319-25.
- 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.
- Cicchetti D, Cohen DJ. *Developmental psychopathology: theory and methods*. New York: John Wiley & Sons; 1995. v.1.
- Codispoti VL. Pharmacology of sexually compulsive behavior. *Psychiatr Clin North Am*. 2008;31(4):671-9.

- Coleman E, Gratzner T, Nesvacil L, Raymond NC. Nefazodone and the treatment of nonparaphilic compulsive sexual behavior: a retrospective study. *J Clin Psychiatry*. 2000;61(4):282-4.
- Comings DE. The molecular genetics of pathological gambling. *CNS Spectr*. 1998;3(6):20-37.
- Comings DE. Tourette syndrome: a hereditary neuropsychiatric spectrum disorder. *Ann Clin Psychiatry*. 1994;6(4):235-47.
- Crolley J, Roys D, Thyer BA, Bordnick PS. Evaluating outpatient behavior therapy of sex offenders. A pretest-posttest study. *Behav Modif*. 1998;22(4):485-501.
- Derogatis LR, Laban MP. Psychological assessment measures of human sexual functioning in clinical trials. *Int J Impot Res*. 1998;10(Suppl 2):S13-20.
- Dias VRCS. *Análise psicodramática e teoria da programação cenestésica*. São Paulo: Ágora; 1994. p.51-8.
- Dias VRCS. *Vínculo conjugal na análise psicodramática: diagnóstico estrutural dos casamentos*. São Paulo: Ágora; 2000. p.135-57.
- Dickinson T, Cook M, Playle J, Hallett C. 'Queer' treatments: giving a voice to former patients who received treatments for their 'sexual deviations'. *J Clin Nurs*. 2012;21(9-10):1345-54.
- Dressing H, Obergriesser T, Tost H, Kaumeier S, Ruf M, Braus DF. Homosexuelle Pädophilie und funktionelle Netzwerke – fMRI - Fallstudie. *Fortschr Neurol Psychiatr*. 2001;69(11):539–44.
- Fedoroff JP. Antiandrogens versus serotonergic medications in the treatment of sex offenders: a preliminary compliance study. *Can J Hum Sex*. 1995;4(2):111-23.
- Fedoroff JP, Moran B. Myths and misconceptions about sex offenders. *Can J Hum Sex*. 1997;6(4):263-76.
- Fernandes WJ. Grupos operativos. In: Fernandes WJ, Svartman B, Fernandes BS, organizadores. *Grupos e configurações vinculares*. Porto Alegre: Artmed; 2003. p.195-203.
- Finkelhor D. *Child sexual abuse: new theory and research*. New York: Free Press; 1984.
- Fleck MPA, Louzada S, Xavier M, Chachamovich E, Vieira G, Santos L, Pinzon V. Aplicação da versão em português do instrumento abreviado de avaliação da qualidade de vida "WHOQOL-bref". *Rev Saude Publica*. 2000;34(2):178-83.

- Fleury HJ. A intervenção grupal socioeducativa de tempo limitado. In: Marra MM, Fleury HJ, Organizadores. *Grupos: intervenção socioeducativa e método sociopsicodramático*. São Paulo: Agora; 2008. p.179-192.
- Fosha D. Dyadic regulations and experiential work with emotion and relatedness in trauma and disorganized attachment. In: Solomon M, Siegel D, eds. *Healing trauma: attachment, mind, body, and brain*. New York: W.W. Norton & Company, Inc.; 2003. p. 221–81.
- Foucault M. *The history of sexuality - Volume 1: An introduction*. New York: Pantheon; 1978.
- Freund K. Courtship disorder: is this hypothesis valid? *Ann N Y Acad Sci*. 1988;528:172–82.
- Freund K, Blanchard R. The concept of courtship disorder. *J Sex Marital Ther*. 1986;12(2):79-92.
- Freund K, Scher H, Hucker S. The courtship disorders. *Arch Sex Behav*. 1983;12(5):369–79.
- Freund K, Seto MC, Kuban M. Frotteurism: Frotteurism and the theory of courtship disorder. In: Laws DR, O'Donohue W, editors. *Sexual deviance: Theory, assessment, and treatment*. New York: Guilford Press; 1997. p.111-30.
- Gabbard GO, Bennett TJ. Dilemmas in the psychotherapy of sexually impulsive patients. *Am J Psychiatry*. 2005;162(5):859-65.
- Gaffney GR, Berlin FS. Is there hypothalamic-pituitary-gonadal dysfunction in paedophilia? A pilot study. *Br J Psychiatry*. 1984;145:657-60.
- Garcia FD, Thibaut F. Current concepts in the pharmacotherapy of paraphilias. *Drugs*. 2011;71(6):771-90.
- Garrett LH. A phenomenological exploration of reflections on lived space by child sexual abusers. *Issues Ment Health Nurs*. 2010;31(12):758-62.
- Goffi Jr, Magacho MF. A técnica da tribuna. In: Dias VRCS, organizador. *Psicopatologia e psicodinâmica na análise psicodramática*. São Paulo: Ágora; 2010. v.3, p.167-88.
- Gorenstein C, Moreno RA, Bernick MA, Carvalho SC, Nicastri S, Cordás T, Camargo AP, Artes R, Andrade L. Validation of the Portuguese version of the Social Adjustment Scale on Brazilian samples. *J Affect Disord*. 2002;69(1-3):167-75.
- Gosling FJ, Abdo CHN. Abuso sexual na infância e desenvolvimento da pedofilia: revisão narrativa da literatura. *Diagn tratamento*. 2011;16(3):128-31.

- Grossman LS, Martis B, Fichtner CG. Are sex offenders treatable? A research overview. *Psychiatr Serv*. 1999;50(3):349-61.
- Groth A, Hobson W, Gary T. The child molester: clinical observations. In: Conte J, Shore D, editors. *Social work and child sexual abuse*. Binghamton (NY): The Haworth Press; 1982. p.129-44.
- Guay DR. Drug treatment of paraphilic and nonparaphilic sexual disorders. *Clin Ther*. 2009;31(1):1-31.
- Guy W. *ECDEU Assessment manual for psychopharmacology*. Rockville: NIMH; 1976.
- Hanson RK. Dimensional Measurement of Sexual Deviance. *Arch Sex Behav*. 2010; 39:401-4.
- Hanson RK, Gordon A, Harris AJ, Marques JK, Murphy W, Quinsey VL, Seto MC. First report of the collaborative outcome data project on the effectiveness of psychological treatment for sex offenders. *Sex Abuse* 2002;14(2):169-94.
- Hanson RK, Morton-Bourgon KE. The characteristics of persistent sexual offenders: a meta-analysis of recidivism studies. *J Consult Clin Psychol*. 2005;73(6):1154-63.
- Haro JM, Kamath SA, Ochoa S, Novick D, Rele K, Fargas A, Rodríguez MJ, Rele R, Orta J, Kharbeng A, Araya S, Gervin M, Alonso J, Mavreas V, Lavrentzou E, Lontos N, Gregor K, Jones PB, SOHO Study Group. The Clinical Global Impression-Schizophrenia scale: a simple instrument to measure the diversity of symptoms present in schizophrenia. *Acta Psychiatr Scand Suppl*. 2003;(416):16-23.
- Hempel IS, Buck NM, Goethals KR, van Marle HJ. Unraveling sexual associations in contact and noncontact child sex offenders using the single category - implicit association test. *Sex Abuse*. 2013;25(5):444-60.
- Houaiss A. *Dicionário Houaiss da língua portuguesa*. Rio de Janeiro: Ed. Objetiva; 2001.
- Hoyer J, Kunst H, Schmidt A. Social phobia as a comorbid condition in sex offenders with paraphilia or impulse control disorder. *J Nerv Ment Dis*. 2001;189(7):463-70.
- Hucker S, Langevin R, Wortzman G, Bain J, Handy L, Chambers J, Wright S. Neuropsychological impairment in pedophiles. *Can J Behav Sci*. 1986;18(4):440-8.
- Hughes JR. Review of medical reports on pedophilia. *Clin Pediatr (Phila)*. 2007;46(8):667-82.

Hulley SB, Cummings SR, Browner WS, Grady DG, Hearst NB, Newman TB. *Delineando a pesquisa clínica: uma abordagem epidemiológica*. 3a ed. Porto Alegre: Artmed; 2008.

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística [Internet]. *Censo Demográfico 2010: resultados gerais da amostra* [citado 15 dez 2014].

Disponível em:

http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2010/resultados_gerais_amostra/resultados_gerais_amostra_tab_pdf.shtm.

Johnston MC, Porteous T, Crilly MA, Burton CD, Elliott A, Iversen L, McArdle K, Murray A, Phillips LH, Black C. Physical Disease and Resilient Outcomes: A Systematic Review of Resilience Definitions and Study Methods. *Psychosomatics*. 2014 Oct 8. [Epub ahead of print].

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*. 2011b;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*. 2011a;8(11):3008-29.

Kafka M. Axis I psychiatric disorders, paraphilic sexual offending and implications for pharmacological treatment. *Isr J Psychiatry Relat Sci*. 2012;49(4):255-61.

Kafka MP. A monoamine hypothesis for the pathophysiology of paraphilic disorders. *Arch Sex Behav*. 1997;26(4):343-58.

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

Kafka MP, Hennen J. A DSM-IV Axis I comorbidity study of males (n=120) with paraphilias and paraphilia-related disorders. *Sex Abuse*. 2002;14(4):349-66.

Kafka MP, Hennen J. Hypersexual desire in males: are males with paraphilias different from males with paraphilia-related disorders? *Sex Abuse*. 2003;15(4):307-21.

Kafka MP, Hennen J. Psychostimulant augmentation during treatment with selective serotonin reuptake inhibitors in men with paraphilias and paraphilia-related disorders: a case series. *J Clin Psychiatry*. 2000;61(9):664-70.

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. 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, 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.

Kaplan MS, Krueger RB. Cognitive-behavioral treatment of the paraphilias. *Isr J Psychiatry Relat Sci*. 2012;49(4):291-6.

Kaplan MS, Krueger RB. Diagnosis, assessment, and treatment of hypersexuality. *J Sex Res*. 2010;47(2):181-98.

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

Kellermann PF, Hudgins, MK. *Psicodrama do trauma*. São Paulo: Ágora, 2010.

Kinsey AC, Pomeroy WB, Martin CE, Gebhard PH. *Sexual behavior in the human female*. Philadelphia: W. B. Saunders Company; 1953.

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

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.

Kravitz HM, Haywood TW, Kelly J, Wahlstrom C, Liles S, Cavanaugh JL Jr. Medroxyprogesterone treatment for paraphiliacs. *Bull Am Acad Psychiatry Law*. 1995;23(1):19-33.

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

Langstrom N, Hanson RK. High rates of sexual behavior in the general population: correlates and predictors. *Arch Sex Behav*. 2006;35(1):37-52.

Laumann EO, Gagnon JH, Michael RT. *The social organization of sexuality: sexual practices in the United States*. Chicago: University of Chicago Press; 1994.

Laws DR, Marshall WL. A conditioning theory of the etiology and maintenance of deviant sexual preference and behavior. In: Marshall WL, Laws DR, Barbaree HEE, editors. *Handbook of sexual assault: issues,*

theories, and treatment of the offender. New York: Plenum Press; 1990. p.209-29.

Laws DR, Meyer J, Holmen ML. Reduction of sadistic arousal by olfactory aversion: a case study. *Behav Res Ther.* 1978;16(4):281-5.

Lecrubier Y, Sheehan DV, Weiller E, Amorim P, Bonora I, Sheehan KH, Janavs J, Dunbar GC. The Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI). A short diagnostic structured interview: reliability and validity according to the CIDI. *Eur Psychiatry.* 1997;12(5):224-31.

Leech NL, Onwuegbuzie AJ. A call for greater use of nonparametric statistics. Paper presented at: Annual Meeting of the Mid-South Educational Research Association; 2002 Nov 6-8; Chattanooga, Tennessee; 2002.

Legros JJ. Inhibitory effect of oxytocin on corticotrope function in humans: are vasopressin and oxytocin ying-yang neurohormones? *Psychoneuroendocrinology.* 2001;26(7):649-55.

Letourneau EJ, Henggeler SW, Borduin CM, Schewe PA, McCart MR, Chapman JE, Saldana L. Multisystemic therapy for juvenile sexual offenders: 1-year results from a randomized effectiveness trial. *J Fam Psychol.* 2009;23(1):89-102.

Letourneau EJ, Henggeler SW, McCart MR, Borduin CM, Schewe PA, Armstrong KS. Two-year follow-up of a randomized effectiveness trial evaluating MST for juveniles who sexually offend. *J Fam Psychol.* 2013;27(6):978-85.

Levine SB, Risen CB, Althof SE. Essay on the diagnosis and nature of paraphilia. *J Sex Marital Ther.* 1990;16(2):89-102.

Lösel F, Schmucker M. The effectiveness of treatment for sexual offenders: A comprehensive meta-analysis. *J Exp Criminol.* 2005;1(1):117-46.

Lothstein LM. Treatment of non-incarcerated sexually compulsive/addictive offenders in an integrated, multimodal, and psychodynamic group therapy model. *Int J Group Psychother.* 2001;51(4):553-70.

Maclean P, Kral V. *A triune concept of the brain and behavior*. Toronto: Toronto University; 1973.

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.

Maletzky BM, Steinhauser C. A 25-year follow-up of cognitive/behavioral therapy with 7,275 sexual offenders. *Behav Modif.* 2002;26(2):123-47.

- Marquis JN. Orgasmic reconditioning: Changing sexual object choice through controlling masturbation fantasies. *J Behav Ther Exp Psychiatry*. 1970;1(4):263-71.
- Marshall WL. The role of attachments, intimacy, and loneliness in the etiology and maintenance of sexual offending. *Sex Marital Ther*. 1993;8(2):109-21.
- Marshall WL, Barbaree HE. A behavioral view of rape. *Int J Law Psychiatry*. 1984;7(1):51-77.
- Marshall WL, Laws DR. A brief history of behavioral and cognitive behavioral approaches to sexual offender treatment: Part 2. The modern era. *Sex Abuse*. 2003;15(2):93-120.
- Marshall WL, Williams S. A behavioral approach to the modification of rape. *Quarterly Bulletin of the British Association for Behavioural Psychotherapy*. 1975;3(4):78.
- McConaghy N. Paedophilia: a review of the evidence. *Aust N Z J Psychiatry*. 1998;32(2):252-65.
- 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.
- McGrath RJ, Cumming GF, Burchard BL, Zeoli S, Ellerby L. *Current practices and emerging trends in sexual abuser management: the Safer Society North American Survey*. Brandon, Vermont: Safer Society Press; 2009. v.1, p.1-141.
- Medeiros EM. Cenas de descarga. In: Dias VRCS, organizador. *Psicopatologia e psicodinâmica na análise psicodramática*. São Paulo: Ágora; 2010. p.155-166.
- 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.
- Meston CM, Frohlich PF. The neurobiology of sexual function. *Arch Gen Psychiatry*. 2000;57(11):1012-30.
- Mirin SM, Meyer RE, Mendelson JH, Ellingboe J. Opiate use and sexual function. *Am J Psychiatry*. 1980;137(8):909-15.
- Moher D, Schulz KF, Altman DG. The CONSORT statement: revised recommendations for improving the quality of reports of parallel-group randomised trials. *Lancet*. 2001;357(9263):1191-4.

Mokros A, Gebhard M, Heinz V, Marschall RW, Nitschke J, Glasgow DV, Gress CL, Laws DR. Computerized assessment of pedophilic sexual interest through self-report and viewing time: reliability, validity, and classification accuracy of the affinity program. *Sex Abuse*. 2013;25(3):230-58.

Money J. *Lovemaps: clinical concepts of sexual/erotic health and pathology, paraphilia, and gender transposition, childhood, adolescence, and maturity*. New York: Irving Publishers; 1986.

Moreno JL. *Psicoterapia de Grupo e Psicodrama*. São Paulo: Mestre Jou, 1973.

Moreno JL. *Psychodrama - Volume 2: foundations of psychotherapy*. Beacon: Beacon House; 1959.

Morrison J. *DSM-IV made easy*. New York: The Guilford Press; 1995.

Murray JB. Psychological profile of pedophiles and child molesters. *J Psychol*. 2000;134(2):211-24.

Oliveira Jr WM. Os desvios sexuais no enfoque da Análise Psicodramática. In: Dias VRCS, organizador. *Psicopatologia e psicodinâmica na análise psicodramática*. São Paulo: Ágora; 2012. p.93-132.

Oliveira Jr WM, Abdo CH. 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.

Perillo AD, Spada AH, Calkins C, Jeglic EL. Examining the scope of questionable diagnostic reliability in Sexually Violent Predator (SVP) evaluations. *Int J Law Psychiatry*. 2014;37(2):190-7.

Potter NN. Philosophical issues in the paraphilias. *Curr Opin Psychiatry*. 2013;26(6):586-92.

Prentky RA, Knight RA, Rosenberg R. Validation analyses on a taxonomic system for rapists: disconfirmation and reconceptualization. *Ann N Y Acad Sci*. 1988;528:21-40.

Richer M, Crismon ML. Pharmacotherapy of sexual offenders. *Ann Pharmacother*. 1993;27(3):316-20.

Rizvi SJ, Kennedy SH. Management strategies for SSRI-induced sexual dysfunction. *J Psychiatry Neurosci*. 2013;38(5):E27-8.

Rodrigues FJ. As defesas de evitação na análise psicodramática. In: Dias VRCS, organizador. *Psicopatologia e psicodinâmica na Análise Psicodramática*. São Paulo: Ágora; 2012. p.75-92.

Rojas-Bermúdez JG. *Que es el Sicodrama?* Buenos Aires: Editorial Celcius; 1984.

Rosen RC, Riley A, Wagner G, Osterloh IH, Kirkpatrick J, Mishra A. The international index of erectile function (IIEF): a multidimensional scale for assessment of erectile dysfunction. *Urology*. 1997;49(6):822-30.

Rösler A, Witztum E. Treatment of men with paraphilia with a long-acting analogue of gonadotropin-releasing hormone. *N Engl J Med*. 1998;338(7):416-22.

Rubinow DR, Schmidt PJ. Androgens, brain, and behavior. *Am J Psychiatry*. 1996;153(8):974-84.

Russell G, Seymour F, Lambie I. Community reintegration of sex offenders of children in new zealand. *Int J Offender Ther Comp Criminol*. 2013;57(1):55-70.

Ryback RS. Naltrexone in the treatment of adolescent sexual offenders. *J Clin Psychiatry*. 2004;65(7):982-6.

Saleh FM, Guidry LL. Psychosocial and biological treatment considerations for the paraphilic and nonparaphilic sex offender. *J Am Acad Psychiatry Law*. 2003;31(4):486-93.

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.

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.

Schwartz MF, Southern S. Compulsive cybersex: the new tea room. In: Cooper A, editor. *Cybersex: the dark side of the force*. New York: Routledge; 2000. p.127-44.

Seligman L. *Selecting effective treatments*. San Francisco: Jossey-Bass; 1998.

Seligman L, Hardenburg SA. Assessment and treatment of paraphilias. *J Couns Dev*. 2000;78(1):107-13.

Serber, M. Shame aversion therapy. *J Behav Ther Exp Psychiatry*. 1970;1(3):213-5.

Sheehan DV, Lecrubier Y, Harnett-Sheehan K, Janavs J, Weiller E, Keskiner A, Schinka J, Knapp E, Sheehan MF, Dunbar GC. The validity of the Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI) according to the SCID-P and its reliability. *Eur Psychiatry*. 1997;12(5):232-41.

Skinner BF. *Science and human behavior*. New York: Macmillan; 1953.

Spielberger CD. *Manual for the State-Trait Anxiety Inventory (STAI: Form Y)*. Palo Alto (CA): Consulting Psychologists Press; 1983.

Sprent P, Smeeton NC. *Applied nonparametric statistical methods*. 4a. ed. Boca Raton (FL): CRC Press; 2007.

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.

Stirpe TS, Wilson RJ, Long C. Goal attainment scaling with sexual offenders: a measure of clinical impact at posttreatment and at community follow-up. *Sex Abuse*. 2001;13(2):65-77.

Stroufe A. *Emotional Development: the organization of emotional life in the early years*. Cambridge (UK): Cambridge University Press; 1995.

Sulloway FG. *Freud: biologist of the mind*. New York: Basic Books; 1979.

Szechtman H, Hershkowitz M, Simantov R. Sexual behavior decreases pain sensitivity and stimulated endogenous opioids in male rats. *Eur J Pharmacol*. 1981;70(3):279-85.

Thibaut F, De La Barra F, Gordon H, Cosyns P, Bradford JM, WFSBP Task Force on Sexual Disorders. The World Federation of Societies of Biological Psychiatry (WFSBP) guidelines for the biological treatment of paraphilias. *World J Biol Psychiatry*. 2010;11(4):604-55.

Trenque T, Maura G, Herlem E, Vallet C, Sole E, Auriche P, Drame M. Reports of sexual disorders related to serotonin reuptake inhibitors in the French pharmacovigilance database: an example of underreporting. *Drug Saf*. 2013;36(7):515-9.

Turner D, Schöttle D, Bradford J, Briken P. Assessment methods and management of hypersexuality and paraphilic disorders. *Curr Opin Psychiatry*. 2014;27(6):413-22.

Van der Kolk BA. The compulsion to repeat the trauma. Re-enactment, revictimization, and masochism. *Psychiatr Clin North Am*. 1989;12(2):389-411.

Ward T. Good lives and the rehabilitation of offenders: promises and problems. *Aggress Violent Behav*. 2002a;7(5):513-28.

Ward T. The management of risk and the design of good lives. *Aust Psychol.* 2002b;37(3):172-9.

Weiss P. Psychotherapy of paraphilic sex offenders. *Med Law.* 1997;16(4):753-64.

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

Wickramasekera I. Aversive behavior rehearsal for sexual exhibitionism. *Behav Ther.* 1976;7(2):167-76.

Wright P, Nobrega J, Langevin R. Brain density and symmetry in pedophilic and sexually aggressive offenders. *Annals of Sex Research.* 1990;3(3):319-28.

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.

Yalom ID, Leszcz M. *Psicoterapia de grupo: teoria e prática.* Porto Alegre: Artmed; 2006.

Yozo RYK. *100 jogos para grupos.* 17a. ed. São Paulo: Ágora; 1995.

Zaider TI, Heimberg RG, Fresco DM, Schneier FR, Liebowitz MR. Evaluation of the clinical global impression scale among individuals with social anxiety disorder. *Psychol Med.* 2003;33(4):611–22.

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.

APÊNDICES

Apêndice A – Sinopse da biografia sexual dos pacientes

Grupo 1

C.C.G., 22 anos

(Diagnóstico de fetichismo, voyeurismo, frotteurismo, masoquismo, sadismo e pedofilia com atração pelo sexo masculino)

C. conta que apesar de nunca ter concretizado ato sexual com garotos, desde os onze anos descobriu interesse sexual por eles, ao se sentir muito atraído por um colega de escola que tinha treze anos. Contou que este rapaz se tornou um modelo de homem para ele, até hoje. Recorda-se que, quando tinha treze anos, um tio seu que lhe exibia o pênis ou manipulava, roçando as mãos por cima das vestes. Passou também a fazer o mesmo e a sentir prazer com isto. Chegava a ir vestido ao chuveiro para poder se “esfregar”. Imaginava-se tendo relações sexuais com ele e, então, passou a se masturbar pensando em situações eróticas em que o tio estava sempre incluído. Mais tarde, já adulto, a Internet lhe trouxe muitas informações sobre sexo e descobriu vários tipos de práticas e posições sexuais. A partir daí, referiu ter elegido um padrão de comportamento sexual desejado: se o parceiro fosse mais novo, C. gostava de assumir o papel ativo nas relações sexuais. Se o parceiro fosse mais velho, gostava de assumir o papel passivo, por acreditar que o papel ativo é prerrogativa do indivíduo mais velho. Nestas fantasias estavam quase sempre incluídos elementos fetichistas, sadomasoquistas, voyeuristas e pedofílicos.

E. C. M., 38 anos

(Diagnóstico de voyeurismo)

Referiu ter fixação por mulheres bonitas e de que é capaz de parar qualquer atividade para seguir uma mulher e ficar “despindo-a” mentalmente. Isto também ocorre quando assiste à televisão e diz não ter controle sobre este comportamento. Trouxe recordação dos oito anos de idade que, por ordem da sua mãe, massageava o pênis para poder lidar com a fimose, sob a frequente supervisão de seu pai. Nesta época, passou a ter sonhos eróticos com a mãe e com algumas amigas dela. Lembrou-se de que, com dez anos de idade, costumava roçar seu pênis na irmã mais nova, mesmo sabendo que seu pai observava tudo e mantinha uma certa distância. O pai não fazia nada, mas E. sentia vergonha de saber que estava sendo observado. Reclamou de seu pai que sempre o criticou e “olha feio” para ele, até hoje (sic).

Em relação à sua mãe, esta dizia que ele era “bonitinho”, mas imprestável. Acha que seus pais nunca perceberam sua fragilidade e quando se lembra das críticas e distância afetiva do pai costuma ficar “compulsivo” em seguir mulheres bonitas em quase todos os locais por onde passa.

Entre dez e quinze anos de idade, contou que foi conhecendo mais o mundo e as pessoas e passou a viver um conflito: ora se sentia um “pavão” ora se sentia um “urubu”. Aos doze anos de idade, já se masturbava de três a quatro vezes ao dia e manteve esta frequência até há dois anos. Nesta época, quando em férias numa fazenda de amigos da família, costumava introduzir o dedo na vagina de alguns animais e, apesar de ter tido muita vontade de ter relação sexual com ovelhas e bezerros, nunca teve. Até os dezoito anos de idade nunca tinha mantido relações sexuais e queria muito ver uma vagina. Tem vergonha de se masturbar tanto e percebe que ejacula muito rápido nas relações sexuais. Afirmou que seu maior prazer sexual ainda é com a masturbação. Já realizou, há alguns anos, tratamento psicológico com o objetivo de ver as pessoas “da maneira certa” e não apenas do ponto de vista estético e erótico. Disse não ter tido resultados com este tratamento. Sente-se o centro das atenções femininas, quando uma mulher bonita lhe cumprimenta ou lhe dá um sorriso. Nestas situações, sente-se orgulhoso, como se fosse um “pavão”, explica. Excita-se e gosta de se exhibir de maneira convencional. Por outro lado, se não for notado, sente-se um “urubu”.

Com sua parceira, só consegue manter relação sexual se fantasiar que está mantendo relações sexuais com alguma mulher linda que tenha visto durante o dia.

E. S. V., 38 anos

(Diagnóstico de frotteurismo, pedofilia com atração pelo sexo feminino e transvestismo fetichista)

Recordou-se dos pais com muita raiva e ressentimento, acusando-os de omissos e disse, com orgulho, que poderia ter se tornado um criminoso, mas que não quis.

Aos dez anos tinha desejo sexual pelas primas e, vestido, roçava seu pênis nelas, frequentemente nas pernas. Já nesta época, afirmou que sabia de suas preferências sexuais. Sua primeira decepção amorosa foi aos treze anos, quando se apaixonou por uma garota da mesma idade. Com quatorze anos, era comum cheirar as calcinhas usadas das primas e das tias e se excitava muito com isto, sendo que às vezes usava estas lingerie e, então, masturbava-se demasiadamente. Recorda que, certo dia, chegou a ficar com o pênis ferido, devido aos excessos masturbatórios. Nesta mesma época, passou a roçar-se em mulheres em ônibus lotados. Teve alguns poucos contatos sexuais com prostitutas a partir dos dezesseis anos de idade.

Diz ter excitação sexual com crianças do sexo feminino, mas nega prática sexual real com elas, apenas tem fantasias. Bastante decepcionado com os processos de psicoterapia,

disse que em um dos acompanhamentos psicológicos que chegou a realizar, há cerca de nove anos, foi “seduzido” pelo psicólogo e com ele manteve relações sexuais. E. afirmou que assumiu o papel ativo.

Reiteradas vezes repetiu que não é homossexual e que não gosta de sexo com homens. Apesar disto, costuma masturbar-se vestindo peças de indumentária feminina, como saia ou *lingeries* e disse que até hoje tem excitação sexual com isto.

Por nunca ter conseguido ter namoradas, determinou que ficará sozinho, ainda que os outros possam achar que seja *gay*. Declarou que se sente um perdedor e que se ressentem muito por perceber as pessoas a sua volta construindo relacionamentos amorosos e família, mas concluiu que agora não lhe resta mais tempo para isto.

J. F. P., 52 anos

(Diagnóstico de pedofilia com atração pelo sexo oposto e voyeurismo)

Reclamou que seu pai, sua mãe e seus irmãos foram todos omissos e não lhe deram proteção. Sempre se viu só e abandonado, não consegue perdoá-los até hoje. Aos seis anos, referiu ter sido abusado sexualmente por um adulto, conhecido da sua família, que foi muito carinhoso com ele. Aos onze anos, mantinha trocas de contatos sexuais com garotos da mesma idade. Quando tinha dezesseis anos, percebeu-se com muito desejo sexual por meninas da faixa etária de onze a treze anos e aí ficou “parado” (sic).

J. contou que desde esta época é muito interessado em sexo. Só foi descobrir que sentir atração por crianças era um problema, quando se tornou adulto e “se viu pedófilo”. Casou-se aos trinta e cinco anos, com uma mulher que lembrava a aparência física de sua mãe. “ – Era como se casar com a mãe”, declarou. Contou que quando teve seu segundo filho, com trinta e nove anos, ficou feliz pois se sentira “homem”. Descobriu, nesta época, que não tinha atração por meninos, apenas por meninas, justificou assim.

Há cerca de dez anos teve problemas legais, pois a polícia apreendeu diversos filmes, vídeos e fotos em seu poder, muitos deles com conteúdo pornográfico infantil. Disse odiar a palavra “pedofilia”. Ele afirmou acreditar que há uma razão muito clara para isto ocorrer nos indivíduos: “ – Início precoce, abuso sexual e fantasias”, explicou assim. Exige ser tratado com respeito e elabora uma série de racionalizações e explicações para sua conduta: “ – As meninas provocam”. Seu prazer se dá atualmente no mundo virtual, por meio de fotos e vídeos com conteúdos pornográficos convencionais, mas disse que ainda mantém o interesse sexual desviante. Acha-se um *voyeur* e se comparou a um dependente por drogas: “ – Começamos com pequenas doses e, quando percebemos, já não temos mais o menor controle sobre estes atos”.

Disse que sua parceira sabe que ele tem algum problema sexual, mas não revelou a ela qual. Contou não ter prazer nos contatos sexuais com ela, desde o início do casamento e

que se sentia no “limbo”. Ele explicou: “ – Corpo com a esposa e mente lá (na pornografia infantil)”.

M. S. M., 44 anos

(Diagnóstico de pedofilia com atração pelo sexo masculino e voyeurismo)

Contou que foi abusado sexualmente, quando tinha oito anos de idade, por um rapaz de dezesseis anos, que espalhou por toda a vizinhança o que tinha acontecido. Envergonhado, contou que passou a ser conhecido como a “bichinha” do bairro. Disse ter muito ódio do pai que já é falecido, pois relatou muitos maus tratos recebidos dele durante sua infância. Para os filhos do vizinho, o pai oferecia simpatia e carinho. Tinha muita inveja disto. Este sentimento foi diminuindo quando, ao redor dos dez anos de idade, percebeu que seu pai tinha revistas eróticas e, assim, passou a entender o que ele ia fazer, quando se isolava no bosque, em posse delas. A partir daí, iniciou um processo de imitação e ia com frequência até lá, portando as revistas para se masturbar, como seu pai fazia. Aos quatorze anos passou a não sentir mais desejo por adolescentes de sua idade e, à medida que foi ficando mais velho, o desejo sexual se manteve por adolescentes mais jovens e crianças. Ainda aos quatorze anos, foi levado por um pastor à uma sauna gay, mas não manteve relações sexuais por lá. Disse sentir saudades de si próprio, de quem era e busca saber qual sua verdadeira “identidade”, pois disse não saber mais quem é, desde os oito anos de idade, quando foi abusado. Culpou o pai por ser o que ele (M.) é hoje e de que ele não o protegeu, quando foi abusado.

Declarou que não sente atração sexual por homens nem por mulheres adultas, somente por adolescentes e não se considerou pedófilo, mas disse que tem receio de cometer abusos sexuais. Por isto, procurou sempre estar cercado de adultos. Disse que se sente mal na presença de crianças, tendo um misto de medo e desejo sexual e que isto muitas vezes se torna intenso. Relatou recente episódio em que deu carona a um adolescente até à sua chácara, num final de semana. Foi ficando progressivamente tenso com a presença dele, até que teve um “apagão”, que causou grave acidente automobilístico (sic). A família sabe que ele se trata no HCFMUSP, mas não sabem o motivo, o qual a eles não revelou.

R. M., 42 anos

(Diagnóstico de frotteurismo e voyeurismo)

R. é o caçula de uma prole de nove. Afirmou nunca ter recebido a atenção que gostaria de seus pais ou dos irmãos mais velhos. Traz lembrança de sua infância aos nove anos, quando pulava o muro da casa ao lado para observar uma vizinha de doze anos, que costumava tomar banho de sol. Excitava-se com isto. Ainda criança, gostava de brincar esfregando-se, sempre com meninas da mesma faixa etária. Lembrou que sua compulsão sexual teve início aos quinze anos de idade, quando se apaixonou por uma prima do interior, dois anos mais nova. Excitava-se muito quando pensava nela e se masturbava, mas nunca mantiveram contato sexual. Quando ele tinha dezoito anos, ela se negou a namorá-lo, dispensando-o por meio de uma carta. A partir daí, diz que passou a procurar mulheres compulsivamente na rua e afirmou que isto se mantém até hoje.

Nega desejo sexual por homens ou crianças e se disse interessar apenas por mulher. Acha que seu casamento foi precoce, aos vinte anos de idade e que se casou para sair de casa, uma vez que se sentia desprezado e sem receber a atenção dos familiares. Declarou-se como compulsivo sexual e que trai a sua parceira, desde o início do casamento. Ele teve mais um filho, fora do casamento. Consegue mulheres na rua ou em prostíbulos e, frequentemente, engaja-se em situações que o permitam ver mulheres se despindo ou se banhando, além de se roçar nas pessoas em ônibus e trens do transporte coletivo. Sempre se excita muito quando vê qualquer mulher que considere bonita. Disse não conseguir parar de pensar nelas. Sua parceira, seus dois filhos e seus pais sabem de sua condição de “anormal”, relatou. Acha-se sem moral e que se converteu para uma religião evangélica, por atribuir ao Diabo a sua condição. Recentemente, pulou o muro de sua casa, depois de ficar espiando durante algum tempo a sua vizinha, que estava tomando banho de sol. Convidou-a, então, para manter relações sexuais com ele. Ela se negou e ficou muito assustada e gritou por socorro, explicou. Alguns moradores próximos vieram socorrê-la. Disse que foi espancado por eles. Chegou a declarar o desejo de ser castrado cirurgicamente para obter o alívio desta sua condição. Sente-se triste e com muita vontade de chorar, apesar de não conseguir.

Culpa-se e sente-se como um “vilão”, que merece ser punido pela mulher e pelos seus filhos. Em episódio recente, contou que sua filha presenciou-o assistindo a vídeo pornográfico na Internet e que por conta disto, foi agredido por ela, pelo filho e pela parceira.

S. S. M., 73 anos

(Diagnóstico de pedofilia com atração pelo sexo feminino, frotteurismo e voyeurismo)

Aos cinco anos de idade, perdeu o pai que faleceu e, nesta ocasião, sua mãe encontrava-se grávida. Foi morar com sua avó materna e disse que ela o tratava como um filho. Contou que ela impediu um abuso sexual, quando ele tinha sete anos de idade, por um garoto de treze anos. Declarou que, desde os onze anos de idade, sempre bolinava “meninhas” na faixa etária dos cinco aos oito anos. Explicou que nunca penetrou nenhuma delas, apenas as tocava, em regiões íntimas. Sozinho, aprendeu a se masturbar nesta época. Aos dezoito anos de idade, foi assediado sexualmente por outros homens, mas nunca aceitou nenhum convite (sic). Aos vinte anos, voltou a viver com a mãe, já casada com outro homem. Nesta época, teve sua primeira tentativa de relação sexual (frustrada) com uma prostituta: não conseguiu obter ereção peniana. Declarou ter tido vida sexual modesta, com poucas experiências sexuais até se casar aos trinta e dois anos de idade.

Disse que nunca teve acesso a material pornográfico infantil via Internet ou mesmo em revistas, mas em 2012, S. contou que foi denunciado às autoridades legais por ter tentado assediar uma menina de dez anos de idade, amiga de sua neta, mas que fora absolvido por falta de provas. Ele negou contato erótico com a menina. Entende que assediou a amiga da neta e outras meninas, no passado, por ser “fraco”. Seu filho foi quem o trouxe para ser tratado no HCFMUSP. Diz sentir-se muito mal com tudo o que aconteceu e que perdeu o respeito de sua mulher, dos filhos e dos netos. Sente-se desmoralizado e referiu estar fazendo de tudo para se redimir.

W. C. F., 61 anos

(Diagnóstico de frotteurismo)

Iniciou sua vida sexual aos doze anos de idade, com uma “bichinha” do bairro, disse assim. Acredita que, atualmente, esta pessoa se tornou travesti. Trouxe recordação de quando tinha doze anos de idade, quando viu seu pai, em uma festa, roçar as pernas nas pernas de uma prima da sua idade. Ficou indignado com aquilo e isto o marcou profundamente (sic). Presenciou este tipo de atitude do pai em várias ocasiões. Em casa, lembrou que o pai era autoritário, agressivo e que tratava a sua mãe “feito escrava” e, não raramente, agredia-a verbal e, algumas vezes, fisicamente. Aos treze anos, diz ter perdido o controle sobre o impulso sexual. Só pensava em sexo e queria o tempo todo se envolver eroticamente com garotos da mesma idade ou mesmo mais jovens. Hoje se sente culpado por acreditar ter iniciado muitos deles no “mundo gay”. Nesta mesma época, passou a ser conhecido como “comedor de meninos” e se gabava deste título. Sempre ao sair do trabalho, com dezoito anos de idade, ia “à caça” de algum travesti, gay ou prostituta e com eles

mantinha relacionamento sexual. W. contou que, desde esta época, gostava de andar de ônibus lotado para se roçar nas passageiras e que sempre teve atração sexual por prostitutas e travestis, mas que sua maior excitação sexual sempre foi um homem tocar o seu pênis.

Seu filho o denunciou às autoridades legais há cerca de cinco anos, por ter molestado a neta que, à época, tinha três anos de idade, mostrando a ela o pênis e pedindo que o tocasse. Foi expedida ordem judicial para que W. se mantivesse sempre a pelo menos trezentos metros de distância da menina. Justificou sua atitude por estar entediado com a aposentadoria. Sem ter o que fazer, explicou que viu na neta a possibilidade de se satisfazer sexualmente e que se arrependeu disto. Teve oportunidade para isto e não refletiu as consequências, explicou. Contou não ter interesse sexual, atualmente, por crianças e que isto foi algo isolado e circunstancial. Quer ser perdoado e também se perdoar e ressentir-se muito com o distanciamento do filho. Referiu pensar em sexo o tempo todo, em manter contatos com travestis, gays e roçar-se em mulheres no transporte coletivo, mas que só tem praticado esta última atividade, atualmente. Vê sua vida sexual com a parceira como muito insatisfatória, mas disse que isto sempre foi assim.

Grupo 2

A.F.F., 58 anos

(Diagnóstico de exibicionismo. Comportamento pedofílico no passado)

Contou que aos três anos de idade seu pai o amarrava com as mãos atrás do corpo com uma cinta, quando o observava manipulando o pênis. Aos seis anos de idade, um amigo de seu pai, adulto, dormia com certa frequência em sua casa e não era raro acordar à noite com ele roçando o pênis em seus pés. Nesta época, no bar de seu avô paterno, havia dois clientes que costumavam levá-lo ao banheiro e manipulavam o seu pênis, enquanto se exibiam a ele. Neste bar, não era incomum A. ficar por debaixo das mesas, espiando as calcinhas das mulheres frequentadoras do local e disse se lembrar que isto era muito excitante. Quando tinha onze anos, havia uma professora de educação física que jogava vôlei de minissaia e isto o excitava bastante, a ponto de se masturbar fantasiando contatos eróticos com ela. A. relatou experiências de jogos sexuais infantis com suas primas, nesta época, porém com a própria irmã (nesta época ela tinha sete anos) foi um tanto mais longe. Costumava colocar o pênis em ereção nas mãos dela, enquanto ela dormia.

Aos quatorze anos, A. teve sua primeira experiência sexual consensual com uma garota da mesma faixa etária. Colocou o pênis nas coxas dela, mas foram surpreendidos na garagem pelo pai da menina, tendo sido seriamente advertido por ele. Depois deste episódio,

nunca mais a viu. Quando tinha 17 anos, disputou com um rapaz uma garota, para namorar. Este o agrediu e A. desistiu de lutar pelo relacionamento. Até os dezenove anos, A. só havia conseguido realizar algumas experiências sexuais mais íntimas com garotas de sua faixa etária, porém sem penetração. Casou-se aos vinte e três anos e na noite de núpcias não conseguiu ter ereção, a qual só foi retomada meses depois, passando por um período de experiência sexual mais satisfatório com a parceira. Alguns anos depois, ao redor dos trinta anos, A. referiu ter dado dinheiro para a filha (menor de idade) de uma funcionária do salão de beleza de sua mulher. Descoberto, confessou suas intenções eróticas com a garota e, a partir daí, contou que sua vida sexual conjugal nunca mais voltou a ser satisfatória.

Chegou a trabalhar, nesta época, como motorista de ônibus escolar e, nas horas vagas, não era raro chamar algumas das crianças e se exhibir para elas, gastando cerca de quatro horas diárias com estas atividades (fantasias e prática). Referiu ter sofrido um processo judicial que foi aberto por um dos pais daquelas crianças, que desconfiou de suas atitudes ilícitas, mas foi absolvido. Também ficava rodando com seu carro pelas ruas e estacionava num local mais afastado das casas. Então, masturbava-se, exibindo-se para mulheres adultas que passavam na rua. A. inclusive contou que se exibiu algumas vezes à sua própria filha, que nesta mesma época tinha, aproximadamente, sete anos. Há cerca de mais de dez anos não realiza mais este tipo de assédio infantil e nega fantasias sexuais atuais envolvendo crianças. Porém, até há cinco anos, teve alguns episódios de exibicionismo, envolvendo mulheres adultas e referiu ter que realizar esforço para não se exhibir publicamente. Há dois anos raramente tem contato sexual com sua mulher, a qual diz ser “fria” sexualmente e que apresenta problemas ligados à menopausa. Disse que ela não lhe cobra e o apoia em suas dificuldades sexuais, sendo “compreensiva”. Explicou que isto não lhe alivia a angústia, pois disse se cobrar muito por desempenho sexual satisfatório. Tem ereção nas preliminares sexuais, mas declarou que não a mantém até o final do intercuro sexual. Quando consegue, tem ejaculação precoce, fato que o deixa muito constrangido, de acordo com o que informou. Sua principal fonte de estímulo sexual sempre foi a visual. Gosta de imagens, fotos e de gente “ao vivo”, mas a constituição corporal tem que lhe agradar, geralmente moças com perfis mais magros, diferente de sua mulher, que a classificou como “meio gordinha” e que não mais o atrai sexualmente.

Tem se estimulado com imagens e vídeos pornográficos convencionais obtidos na Internet. Acha que no mundo virtual tudo é mais fácil e sente-se no “comando sexual”. Sua confiança é referida como “enterrada” e que não vê solução para o seu problema. Chegou a usar diversos medicamentos pró-eréteis para tentar manter relações sexuais mais satisfatórias com sua parceira sem, no entanto, obter resultados satisfatórios. Culpa-se nas raras ocasiões em que percebe que sua parceira deseja manter relações sexuais com ele.

C.S., 61 anos

(Diagnóstico de exibicionismo e voyeurismo. Queixa de masturbação compulsiva)

C. é o terceiro filho de uma prole de sete irmãos. Seu pai era alcóolatra e morreu aos 48 anos, quando ele tinha doze anos. Nunca teve muita intimidade com o pai para tratar de assuntos pessoais. Contou que começou a se masturbar nesta época e que nunca mais parou. Sempre evitava o contato físico, ficando à distância para observar meninas em situações de intimidade (despindo-se, ou banhando-se em lagoas, por exemplo). Referiu que tinha muito medo de ser rejeitado e raramente conseguia se aproximar das meninas para tentar algum contato mais íntimo. A saída era realizar as fantasias sexuais sempre por meio da masturbação, explicou.

Aos vinte e quatro anos, mudou-se do interior do Estado de São Paulo para a Capital. Raramente ia a casas de prostituição. Chegou a ser detido porque uma mulher o masturbou numa sala de cinema, mas foi liberado, após pagar fiança (sic). Com esta mesma idade, teve sua primeira relação sexual com uma desconhecida, mas conta que seu maior prazer era assistir a filmes pornográficos e ficar se imaginando como se fosse o ator pornô. Referiu ter ejaculação precoce desde o início de sua vida sexual. Dois anos depois, com vinte e seis anos, casou-se, tendo conhecido sua parceira por meio de uma agência de aproximação de casais. No começo, ainda mantinha relações sexuais com alguma frequência, porém sempre necessitava masturbar-se logo após, para obter satisfação plena. Contou não manter muito diálogo com sua parceira. Com suas próprias palavras disse: “ – Hoje não frequento mais cinemas, estou com sessenta e um anos e ainda faço coisas de menino e não me vejo com forças para largar. Fico um tempo sem praticar (masturbação), fico alegre, vivo bem. Mas, de repente, tudo volta e aí eu fico triste, porque não consegui vencer isto. É sempre assim! Agora eu tinha conseguido ficar por duas semanas sem fazer isto e acabei fazendo de novo. Como eu pude repetir tudo de novo?”

Disse ter muita vontade de conhecer novas mulheres, saber como elas são, mas diz que sua timidez o atrapalha. Fala que está neste grupo para ser ajudado e que vê sua vida ficar parada nisso.

F. L. O., 43 anos

(Diagnóstico de pedofilia – com atração pelo sexo masculino)

F. contou que seu pai era muito rígido e aplicava castigos físicos severos nele e nos irmãos, durante sua infância. As primeiras recordações sobre sexo remontam à idade de seis ou sete anos, quando observava seu tio urinando. Isto lhe dava um misto de curiosidade e excitação, explicou. No início da adolescência, ao redor dos onze anos, tinha jogos sexuais com primas e vizinhas, mas sem penetração ou sexo oral. Aos treze anos, tocou o pênis de

um garoto de sete anos que era deficiente intelectual (sic). Lembrou-se, também, da paixão que sentia por uma de suas professoras, quando tinha quatorze anos. Apresentava muita vontade de falar com ela, mas ficava escondido e sempre se masturbava tendo-a em suas fantasias. Aos dezessete anos, manteve algumas relações sexuais com uma jumenta da propriedade rural de seu pai e, quando fazia isto, sempre se imaginava mantendo relações com meninos, da faixa etária de nove a treze anos, aproximadamente. Aos dezoito anos teve o seu primeiro contato sexual com uma mulher adulta, mas apenas fez sexo oral nela e não gostou. Sua primeira relação sexual com crianças ocorreu aos dezenove anos, com um garoto de treze anos. Este trabalhava com ele em um dos seus empregos. Geralmente preferia o papel ativo nas relações sexuais, mas em algumas ocasiões assumia o papel passivo. Sua atração sexual foi referida por garotos desta faixa etária, com poucos ou nenhum pelo, com jeito de homem e de menino. Se assim não for, disse que não sente atração sexual. Quando tinha orgasmo, sentia culpa pelo ato sexual realizado.

Ao ficar noivo de sua parceira, aos vinte e nove anos, passou uma temporada na casa dos pais dela e costumava dormir no quarto dos seus irmãos mais novos, da faixa etária de sua predileção. Sempre se masturbava pensando neles, com muita excitação sexual (sic). Achava que quando se casasse, iria resolver este problema. Mas, afirmou que não resolveu. Casou-se aos trinta anos. Lembrou-se que na noite de núpcias, para conseguir manter a ereção, teve que pensar num garoto de treze anos que conhecera dias antes. Sentiu-se muito mal por conta disto e, por algumas vezes, chegou a pensar em se matar. Tem dois filhos, um de dez anos e outro de oito anos. Negou que já tenha sentido atração sexual por eles. Até há cerca de dez anos manteve alguns poucos outros contatos sexuais com garotos e disse não saber quantificá-los.

Desde então, fantasia sobre sexo que envolvam crianças, vinte e quatro horas por dia e isto o deixa muito irritado e, por vezes, triste, com desejo de morrer, confessou. Nunca buscou ajuda para esta sua condição. Disse que não é raro, durante o seu trabalho como cabeleireiro, receber garotos, desta faixa etária de predileção, para fazer o corte de cabelo. Antes de realizá-lo, costuma ir até o banheiro e se masturbar, para não correr o risco de se excitar, explicou. Informou que sente que não é “homem como os outros homens” e que não é capaz de satisfazer sexualmente sua parceira. Disse também não cogitar se relacionar com outras mulheres, fora do casamento. Disse fazer sexo por obrigação e que o verdadeiro prazer sexual é, ainda, com garotos. Tem muita vergonha e culpa por isto e diz não pensar em nada positivo na vida. Afirmou que se vê como o paciente mais grave do grupo e que toda vez que vê notícias sobre pedofilia na televisão, fica muito angustiado e com medo.

L. A. S., 42 anos

(Diagnóstico de masoquismo sexual e escatologia telefônica)

L. conta ter recebido rígida educação católica e até os doze anos de idade era muito tímido. Em sala de aula, aos treze anos, observava as meninas de saia cruzarem e descruzarem as pernas. Isto o excitava e não raramente costumava se roçar nelas ou se exhibir para algumas outras. Com quinze anos, tinha estes comportamentos em ônibus e, em uma destas situações, teve que fugir para não ser agredido pelos passageiros. Sua primeira relação sexual se deu aos dezesseis anos de idade, em uma casa de programa. A partir daí, contou que desenvolveu compulsão sexual, procurando sexo pago, em que componentes sadomasoquistas estavam incluídos. Passou também a fazer ligações telefônicas para desconhecidas, para falar sobre sexo, usando palavras de baixo calão. Nestas situações, geralmente se masturbava durante as chamadas. Sua principal fantasia sempre foi se ver dominado por uma mulher, preferencialmente xingando-o ou agredindo-o.

Há cerca de dez anos, excita-se por meio de sítios pornográficos da Internet e de parceiras virtuais, utilizando câmeras (*webcams*). Referiu praticar fantasias sadomasoquistas com sua namorada atual, com a qual mantém um “relacionamento aberto” há três anos, sendo que sempre estas fantasias têm que estar presentes para obter a completa satisfação sexual. Disse apresentar bastante insegurança nesta relação e ter muito ciúmes dos filhos dela. Sente que a namorada dá mais atenção aos filhos (que já são adultos) do que a ele. Declarou que isto lhe provoca permanente medo de ser abandonado e rejeitado na relação. Sempre que se sente assim, afirmou que procura se satisfazer com fantasias sadomasoquistas na Internet: “ – Para descontar a raiva”, disse.

L.B.H.M.S., 25 anos

(Diagnóstico de necrofilia – sem prática)

“ – Sou muito tímido e sinto prazer em ver mulheres mortas, desde criança”. Assim começou o relato de L.B. Primogênito de uma prole de três, contou que seu pai era provedor e avaliou que ele fez o que podia pelos filhos. Não recebeu muitas orientações do pai, nem estímulo para enfrentar o mundo (*sic*). Sua mãe foi referida como muito explosiva e que gritava demais. Contou também que ela era capaz de gerar muita culpa em todos. Lembrou que, ao longo de sua infância, ele chorava muito e a sua mãe sempre o advertia que “quem chora é menina” e dizia a ele que, de tanto chorar, o seu “pinto” iria cair. Sua lembrança mais antiga de fantasias necrofílicas foi ao redor de sete ou oito anos. Nesta época, durante o casamento de sua tia, ele ficava a imaginando morta e isto o excitava muito. Aos dez anos de idade, em um velório, ficou excitado com a falecida e seu primeiro orgasmo ocorreu quando fez um desenho desta mulher e o utilizou para se excitar durante a masturbação.

Aos onze anos passou a sentir inveja de um de seus irmãos que, com nove anos de idade, já tinha namorada. Sentia-se muito feio em relação aos outros e, sobretudo, quando se comparava a ele. Nesta época, sofria brincadeiras na escola, onde era motivo de chacota (sic). Atribuía isto à sua configuração física e recebia adjetivos de “raqúitico”, “fraco” e “feio”, enquanto em sua casa era taxado de “chorão” e “magrelo”. Desta forma, sempre achava ser impossível conseguir namorar alguma garota. Disse que, desde então, nunca gostou de ser visto na intimidade e de ter muito medo em imaginar “se vendo de fora”. Disse que ficava e ainda fica assustado.

Aos quatorze anos não sabia nada sobre sexo (sic). Sua mãe insinuava sobre o tema, em tom jocoso e o pai lhe cobrava “postura de homem”, lembrou. Contou que o irmão de doze anos costumava masturbar-se na sua frente e que ele foi se masturbar apenas nesta época, pois até então, nem sequer tocava o seu pênis. Quando tinha quinze anos, uma das namoradas deste seu irmão rompeu o namoro. Ela o procurou para tentar ter um contato erótico. Constrangido, recordou que tentou “escapar”, mas muito sem jeito. No entanto, beijaram-se e ele não conseguiu obter ereção.

Há cerca de um ano tem uma namorada, que diz saber sobre estas fantasias sexuais que apresenta e disse que passou a ler sobre a religião *Seicho-no-le* e, por um tempo, chegou a pensar fazer pacto com o Diabo. Disse que não pensa mais nestas coisas.

Apesar de ter referido algum prazer sexual com ela, seu maior estímulo sexual se dá com imagens de mulheres mortas, obtidas na Internet. Disse: “ – Ver um filme de pessoa morta me excita. Eu sendo o protagonista, faço diálogos em inglês e imagino o enredo. Tem um mistério todo envolvendo a morte, vou mudando de cena em cena e isso vai me dando mais prazer”.

S. M. B. , 31 anos

(Diagnóstico de exibicionismo e voyeurismo)

Desta forma iniciou o relato de S.: “ – Tem muita relação a minha vida com os meus desejos da infância, tive contatos com as minhas primas e primos, eu tinha ereção, me exibia para eles e penso que aprendi que era assim que tinha que ser”.

Quando tinha doze anos de idade havia uma mulher de vinte e seis anos que trabalhava em sua casa como doméstica. Em algumas ocasiões, disse que ela o provocava com gemidos e deixava a porta do banheiro aberta, esperando sua aproximação. No entanto, ele ficava apenas observando, em uma postura mais passiva. Contou que ela nunca se aproximou dele, nestas situações. Com quatorze anos começou a achar interessante exibir-se na janela de seu quarto para mulheres desavisadas, enquanto se masturbava. Referiu muito prazer com isto. Também passou a se excitar olhando calcinhas penduradas em janelas vizinhas e, quando tinha oportunidade, espiava primas e amigas de sua irmã, enquanto

tomavam banho. Explicou que por ter tido rígida educação católica, apresentava a consciência de que aquilo era errado, mas ao mesmo tempo, não conseguia deixar de praticar estes atos, apesar da culpa.

O primeiro casamento ocorreu aos vinte anos e logo terminou, porque não tinha prazer sexual com a parceira (sic). S. atualmente é casado pela segunda vez, há seis anos. Disse manter relações sexuais frequentes com sua parceira, mas que não sente prazer e faz sexo por obrigação, apenas para satisfazer a vontade dela, informou. Contou que se preocupa muito em satisfazê-la, mas disse que o verdadeiro prazer só é obtido ao ver mulheres se masturbando (por meio de câmeras de computador) e também se masturbar para elas, além de se exhibir em janelas, para vizinhas de apartamento. Durante todo o dia, referiu que tem estas fantasias sexuais e que gasta horas planejando a melhor maneira de concretizá-las. Se não consegue, fica muito frustrado e tenso, explicou.

Apêndice B – Resultados sem significância estatística das questões do Diário de Relações e Fantasias Sexuais (DRFS)

Questão Q2

“Quantas relações sexuais você teve hoje?” (*Relações sexuais em geral*)

A Tabela 1 apresenta o resumo da variável Q2 para toda a amostra.

Tabela 1 – Medidas descritivas dos escores da questão Q2, de acordo com os períodos do estudo

	N	Média	Desvio-padrão	Mínimo	Máximo	Percentil		
						25th	Mediana	75th
Q2_1	12	8,83	10,556	0	36	,25	5,00	13,00
Q2_2	12	7,83	16,129	0	58	,00	3,50	7,25
Q2_3	12	10,75	16,674	0	60	1,00	5,00	13,00

Não foram encontradas diferenças estatisticamente significantes entre os períodos, de acordo com o Teste de Friedman ($P=0,080$).

Na Tabela 2, tem-se o resumo da variável Q2 estratificada pelos grupos e períodos do estudo.

Tabela 2 – Medidas descritivas dos escores da questão Q2, de acordo com os grupos e períodos do estudo

Grupo	Período	N	Mínimo	Média	Mediana	Máximo	Desvio-padrão
Grupo 1	1	8	0	8,25	2,50	36	12,476
	2	7	0	11,86	5,00	58	20,708
	3	6	0	16,00	7,50	60	22,760
	Total	21	0	11,67	5,00	60	17,970
Grupo 2	1	6	0	6,67	4,00	18	7,230
	2	6	0	2,17	2,50	4	1,835
	3	6	0	5,50	4,50	14	5,244
	Total	18	0	4,78	3,50	18	5,320

A Tabela 3 apresenta os resultados da Análise não Paramétrica de Dados com Medidas Repetidas. Observou-se não ter havido diferenças estatisticamente significantes de Q2 ao longo do tempo e nem em relação aos grupos. Da mesma forma, não houve diferenças estatisticamente significantes para os outros possíveis casos.

Tabela 3 - Estatística Tipo-ANOVA para os escores da questão Q2, de acordo com os grupos e períodos de estudo

	QA	Graus de liberdade	Valor de P
Entreindivíduos	0,195	1,000	0,6587
Intraindivíduos	2,936	1,605	0,0867
Interação	2,546	1,605	0,1106

Questão Q4

“Quantas das relações sexuais **NÃO** continham práticas sexuais relacionadas ao problema que veio tratar aqui?” (*Relações sexuais normofílicas*)

A Tabela 4 apresenta o resumo da variável Q4 para toda a amostra.

Tabela 4 – Medidas descritivas dos escores da questão Q4, de acordo com os períodos do estudo

	N	Média	Desvio-padrão	Mínimo	Máximo	Percentil		
						25th	Mediana	75th
Q4_1	12	5,83	6,162	0	17	,00	5,00	11,75
Q4_2	12	5,42	8,479	0	30	,00	3,50	7,00
Q4_3	12	7,25	8,771	0	32	1,00	5,50	9,75

Não foram encontradas diferenças estatisticamente significantes entre os períodos, de acordo com o Teste de Friedman ($P=0,294$).

Na Tabela 5, tem-se o resumo da variável Q4 estratificada pelos grupos e períodos do estudo.

Tabela 5 – Medidas descritivas dos escores da questão Q4, de acordo com os grupos e períodos do estudo

Grupo	Período	N	Mínimo	Média	Mediana	Máximo	Desvio-padrão
Grupo 1	1	8	0	5,38	2,50	17	6,718
	2	7	0	7,86	4,00	30	10,590
	3	6	0	9,33	6,50	32	11,725
	Total	21	0	7,33	5,00	32	9,308
Grupo 2	1	6	0	4,50	3,50	15	5,612
	2	6	0	2,00	2,00	4	1,897
	3	6	0	5,17	4,50	12	4,622
	Total	18	0	3,89	3,50	15	4,310

A Tabela 6 apresenta os resultados da Análise não Paramétrica de Dados com Medidas Repetidas. Observou-se não ter havido diferenças estatisticamente significantes de Q4 ao longo do tempo e nem em relação aos grupos. Da mesma forma, não houve diferenças estatisticamente significantes para os outros possíveis casos.

Tabela 6 - Estatística Tipo-ANOVA para os escores da questão Q4, de acordo com os grupos e períodos de estudo

	QA	Graus de liberdade	Valor de P
Entreindivíduos	0,325	1,000	0,5685
Intraindivíduos	2,906	1,519	0,0883
Interação	1,318	1,519	0,2510

Questão 11

“Hoje, quantas vezes você tentou se aproximar de alguém para paquerar, namorar, seduzir, “xavecar” ou conhecer de forma mais íntima?” (*Tentativas de aproximação sexual em geral*)

A Tabela 7 apresenta o resumo da variável Q11 para toda a amostra.

Tabela 7 – Medidas descritivas dos escores da questão Q11, de acordo com os períodos do estudo.

	N	Média	Desvio-padrão	Mínimo	Máximo	Percentil		
						25th	Mediana	75th
Q11_1	12	18,75	33,276	0	100	,00	1,50	18,00
Q11_2	12	15,75	22,796	0	77	,00	8,00	19,25
Q11_3	12	14,25	23,305	0	82	,00	6,50	19,00

Não foram encontradas diferenças estatisticamente significantes entre os períodos, de acordo com o Teste de Friedman ($P=0,690$).

Na Tabela 8, tem-se o resumo da variável Q11 estratificada pelos grupos e períodos do estudo.

Tabela 8 – Medidas descritivas dos escores da questão Q11, de acordo com os grupos e períodos do estudo

Grupo	Período	N	Mínimo	Média	Mediana	Máximo	Desvio-padrão
Grupo 1	1	8	0	17,38	5,00	100	34,012
	2	7	0	22,71	17,00	77	27,998
	3	6	0	19,67	7,50	82	31,399
	Total	21	0	19,81	8,00	100	29,864
Grupo 2	1	6	0	15,67	,50	75	29,924
	2	6	0	5,00	1,50	15	6,753
	3	6	0	8,83	4,00	29	11,771
	Total	18	0	9,83	,50	75	18,389

A Tabela 9 apresenta os resultados da Análise não Paramétrica de Dados com Medidas Repetidas. Observou-se não ter havido diferenças estatisticamente significantes de Q11 ao longo do tempo e nem em relação aos grupos. Da mesma forma, não houve diferenças estatisticamente significantes para os outros possíveis casos.

Tabela 9 - Estatística Tipo-ANOVA para os escores da questão Q11, de acordo com os grupos e períodos de estudo

	QA	Graus de liberdade	Valor de P
Entreindivíduos	0,913	1,000	0,3394
Intraindivíduos	0,217	1,872	0,6413
Interação	0,578	1,872	0,4471

Questão 12

“Quantas destas tentativas tinham a ver com o problema que veio tratar aqui?”
(*Tentativas de aproximação sexual parafilica*)

A Tabela 10 apresenta o resumo da variável Q12 para toda a amostra.

Tabela 10 – Medidas descritivas dos escores da questão Q12, de acordo com os períodos do estudo.

	N	Média	Desvio-padrão	Mínimo	Máximo	Percentil		
						25th	Mediana	75th
Q12_1	12	13,92	27,241	0	75	,00	,00	15,25
Q12_2	12	6,92	13,201	0	45	,00	,00	12,00
Q12_3	12	5,50	13,111	0	46	,00	,00	6,75

Não foram encontradas diferenças estatisticamente significantes entre os períodos, de acordo com o Teste de Friedman ($P=0,467$).

Na Tabela 11, tem-se o resumo da variável Q12 estratificada pelos grupos e períodos do estudo.

Tabela 11 – Medidas descritivas dos escores da questão Q12, de acordo com os grupos e períodos do estudo

Grupo	Período	N	Mínimo	Média	Mediana	Máximo	Desvio-padrão
Grupo 1	1	8	0	9,38	,00	67	23,409
	2	7	0	9,29	,00	45	16,600
	3	6	0	9,17	,50	46	18,313
	Total	21	0	9,29	,00	67	18,929
Grupo 2	1	6	0	15,50	,00	75	30,025
	2	6	0	3,00	,00	15	6,000
	3	6	0	1,83	,00	8	3,251
	Total	18	0	6,78	,00	75	17,871

A Tabela 12 apresenta os resultados da Análise não Paramétrica de Dados com Medidas Repetidas. Observou-se não ter havido diferenças estatisticamente significantes de Q12 ao longo do tempo e nem em relação aos grupos. Da mesma forma, não houve diferenças estatisticamente significantes para os outros possíveis casos.

Tabela 12 - Estatística Tipo-ANOVA para os escores da questão Q12, de acordo com os grupos e períodos de estudo

	QA	Graus de liberdade	Valor de P
Entreindivíduos	0,094	1,000	0,7592
Intraindivíduos	0,009	1,365	0,9239
Interação	1,096	1,365	0,2951

Questão 14

“Quantas vezes você se masturbou hoje?” (*Masturbações em geral*)

A Tabela 13 apresenta o resumo da variável Q14 para toda a amostra.

Tabela 13 – Medidas descritivas dos escores da questão Q14, de acordo com os períodos do estudo

	N	Média	Desvio-padrão	Mínimo	Máximo	Percentil		
						25th	Mediana	75th
Q14_1	12	18,25	22,672	2	88	9,00	11,50	19,50
Q14_2	12	18,25	22,267	0	82	3,50	14,50	23,75
Q14_3	12	20,67	26,527	0	81	5,50	11,00	18,75

Não foram encontradas diferenças estatisticamente significantes entre os períodos, de acordo com o Teste de Friedman ($P=0,549$).

Na Tabela 14, tem-se o resumo da variável Q14 estratificada pelos grupos e períodos do estudo.

Tabela 14 – Medidas descritivas dos escores da questão Q14, de acordo com os grupos e períodos do estudo

Grupo	Período	N	Mínimo	Média	Mediana	Máximo	Desvio-padrão
Grupo 1	1	8	0	23,75	11,50	88	30,742
	2	7	0	24,00	19,00	82	28,763
	3	6	0	20,50	11,00	81	30,131
	Total	21	0	22,90	12,00	88	28,432
Grupo 2	1	6	7	13,67	11,50	22	6,501
	2	6	3	14,17	14,50	24	9,020
	3	6	3	20,83	12,00	71	25,302
	Total	18	3	16,22	12,00	71	15,361

A Tabela 15 apresenta os resultados da Análise não Paramétrica de Dados com Medidas Repetidas. Observou-se não ter havido diferenças estatisticamente significantes de Q14 ao longo do tempo e nem em relação aos grupos. Da mesma forma, não houve diferenças estatisticamente significantes para os outros possíveis casos.

Tabela 15 - Estatística Tipo-ANOVA para os escores da questão Q14, de acordo com os grupos e períodos de estudo

	QA	Graus de liberdade	Valor de P
Entreindivíduos	0,021	1,000	0,8836
Intraindivíduos	0,235	1,990	0,6276
Interação	0,121	1,990	0,7274

Questão 15

“Quantas destas masturbações continham fantasias relacionadas ao problema que veio tratar aqui?” (*Masturbações com fantasias parafilicas*)

A Tabela 16 apresenta o resumo da variável Q15 para toda a amostra.

Tabela 16 – Medidas descritivas dos escores da questão Q15, de acordo com os períodos do estudo

	N	Média	Desvio-padrão	Mínimo	Máximo	Percentil		
						25th	Mediana	75th
Q15_1	12	13,42	11,000	2	44	8,00	9,00	18,25
Q15_2	12	12,67	14,323	0	50	1,50	8,00	20,50
Q15_3	12	13,92	21,665	0	71	2,25	5,50	12,75

Não foram encontradas diferenças estatisticamente significantes entre os períodos, de acordo com o Teste de Friedman ($P=0,161$).

Na Tabela 17, tem-se o resumo da variável Q15 estratificada pelos grupos e períodos do estudo.

Tabela 17 – Medidas descritivas dos escores da questão Q15, de acordo com os grupos e períodos do estudo

Grupo	Período	N	Mínimo	Média	Mediana	Máximo	Desvio-padrão
Grupo 1	1	8	0	10,38	8,50	44	14,272
	2	7	0	15,43	10,00	50	18,492
	3	6	0	10,33	4,00	45	17,143
	Total	21	0	12,05	7,00	50	15,917
Grupo 2	1	6	7	13,00	11,00	21	6,164
	2	6	3	11,67	10,50	22	8,042
	3	6	1	17,50	8,00	71	26,606
	Total	18	1	14,06	9,00	71	15,652

A Tabela 18 apresenta os resultados da Análise não Paramétrica de Dados com Medidas Repetidas. Observou-se não ter havido diferenças estatisticamente significantes de Q15 ao longo do tempo e nem em relação aos grupos. Da mesma forma, não houve diferenças estatisticamente significantes para os outros possíveis casos.

Tabela 18 - Estatística Tipo-ANOVA para os escores da questão Q15, de acordo com os grupos e períodos de estudo

	QA	Graus de liberdade	Valor de P
Entreindivíduos	0,777	1,000	0,3780
Intraindivíduos	0,946	1,571	0,3307
Interação	0,500	1,571	0,4794

Questão 17

“Quantas vezes você teve orgasmo hoje?” (*Número de orgasmos*)

A Tabela 19 apresenta o resumo da variável Q17 para toda a amostra.

Tabela 19 – Medidas descritivas dos escores da questão Q17, de acordo com os períodos do estudo

	N	Média	Desvio-padrão	Mínimo	Máximo	Percentil		
						25th	Mediana	75th
Q17_1	12	19,17	17,066	1	67	11,25	14,50	24,00
Q17_2	12	21,92	30,497	2	115	6,00	13,00	23,50
Q17_3	12	19,17	21,472	0	81	5,75	14,00	26,00

Não foram encontradas diferenças estatisticamente significantes entre os períodos, de acordo com o Teste de Friedman ($P=0,856$).

Na Tabela 20, tem-se o resumo da variável Q17 estratificada pelos grupos e períodos do estudo.

Tabela 20 – Medidas descritivas dos escores da questão Q17, de acordo com os grupos e períodos do estudo

Grupo	Período	N	Mínimo	Média	Mediana	Máximo	Desvio-padrão
Grupo 1	1	8	0	22,50	13,00	67	22,947
	2	7	4	28,57	18,00	115	39,110
	3	6	2	23,67	15,50	81	29,159
	Total	21	0	24,86	14,00	115	29,381
Grupo 2	1	6	1	15,67	16,50	25	8,238
	2	6	2	13,50	13,00	25	8,167
	3	6	0	14,67	13,00	27	10,746
	Total	18	0	14,61	15,00	27	8,624

A Tabela 21 apresenta os resultados da Análise não Paramétrica de Dados com Medidas Repetidas. Observou-se não ter havido diferenças estatisticamente significantes de Q17 ao longo do tempo e nem em relação aos grupos. Da mesma forma, não houve diferenças estatisticamente significantes para os outros possíveis casos.

Tabela 21 - Estatística Tipo-ANOVA para os escores da questão Q17, de acordo com os grupos e períodos de estudo

	QA	Graus de liberdade	Valor de P
Entreindivíduos	0,083	1,000	0,7732
Intraindivíduos	0,141	1,800	0,7071
Interação	0,371	1,800	0,5425

Questão 18

“Quantas vezes você teve ereção (pênis endureceu) hoje?” (*Número de ereções penianas*)

A Tabela 22 apresenta o resumo da variável Q18 para toda a amostra.

Tabela 22 – Medidas descritivas dos escores da questão Q18, de acordo com os períodos do estudo

	N	Média	Desvio-padrão	Mínimo	Máximo	Percentil		
						25th	Mediana	75th
Q18_1	12	41,50	35,623	3	112	15,50	24,00	75,25
Q18_2	12	39,50	38,090	5	138	14,00	22,00	60,00
Q18_3	12	37,92	34,883	2	121	10,75	30,50	63,50

Não foram encontradas diferenças estatisticamente significantes entre os períodos, de acordo com o Teste de Friedman ($P=0,862$).

Na Tabela 23, tem-se o resumo da variável Q18 estratificada pelos grupos e períodos do estudo.

Tabela 23 – Medidas descritivas dos escores da questão Q18, de acordo com os grupos e períodos do estudo

Grupo	Período	N	Mínimo	Média	Mediana	Máximo	Desvio-padrão
Grupo 1	1	8	0	27,75	19,50	78	26,768
	2	7	5	48,00	44,00	138	45,742
	3	6	2	43,33	35,50	121	42,800
	Total	21	0	38,95	32,00	138	37,697
Grupo 2	1	6	15	55,17	46,50	112	40,534
	2	6	12	34,33	22,00	73	26,651
	3	6	5	32,50	21,50	68	27,833
	Total	18	5	40,67	25,50	112	32,123

A Tabela 24 apresenta os resultados da Análise não Paramétrica de Dados com Medidas Repetidas. Observou-se não ter havido diferenças estatisticamente significantes de Q18 ao longo do tempo e nem em relação aos grupos. Da mesma forma, não houve diferenças estatisticamente significantes para os outros possíveis casos.

Tabela 24 - Estatística Tipo-ANOVA para os escores da questão Q18, de acordo com os grupos e períodos de estudo

	QA	Graus de liberdade	Valor de P
Entreindivíduos	0,063	1,000	0,8015
Intraindivíduos	0,430	1,247	0,5119
Interação	3,540	1,247	0,0599