

**WALDEMAR MENDES DE OLIVEIRA JÚNIOR**

**Comportamentos sexuais não convencionais e correlações  
com parâmetros de saúde física, mental e sexual em amostra  
de 7.022 mulheres e homens das cinco regiões brasileiras**

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

Área de concentração: Psiquiatria

Orientadora: Profa. Dra. Carmita Helena Najjar Abdo

**São Paulo**

**2007**

## ***DEDICATÓRIA***

**À Mariza, Valdemar e Maria Antônia**

# ***AGRADECIMENTOS***

À *Profa. Dra. Carmita Helena Najjar Abdo*, professora, orientadora e amiga. Parceira em muitos momentos importantes da minha vida. Sua dedicação, paciência, boa vontade e sabedoria deixaram marcas profundas em mim ao longo destes últimos doze anos. Contribuiu e contribui para meu crescimento profissional ao propiciar oportunidades de conhecimento e trabalho que me foram de extrema valia para o desenvolvimento de meus papéis de clínico, de psicoterapeuta e de pesquisador em sexualidade humana.

À *Profa. Dra. Alexandrina M. A. da Silva Meleiro*, *Profa. Dra. Eda Zanetti Guertzenstein* e *Prof. Dr. Nairo de Souza Vargas* pelas sugestões e orientações preciosas no exame de qualificação deste trabalho.

À *Profa. Dra. Maria do Rosário Dias de O. Latorre* pelos ensinamentos de estatística.

À *Dra. Lílian Lima* pela dedicada e eficiente consultoria estatística.

À *Dona Eliza*, secretária da Pós-Graduação do Departamento de Psiquiatria pela dedicação e eficiência do seu trabalho.

À *Luciana*, secretária da Graduação do Departamento de Psiquiatria.

À *Eglacy* pela presença no dia do exame de qualificação e pelo incentivo.

Aos colegas participantes do EVSB, *Albângela, Carla, Márcia, Cida e Marco*.

A todos os indivíduos anônimos pesquisados que participaram do EVSB.

## ***SUMÁRIO***

## SUMÁRIO

**Lista de Abreviaturas**

**Lista de Siglas**

**Lista de Gráficos**

**Lista de Tabelas**

**Resumo**

**Summary**

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO .....</b>	<b>1</b>
<b>2</b>	<b>REVISÃO DA LITERATURA .....</b>	<b>9</b>
2.1	Transtornos de preferência sexual .....	9
2.1.1	Etiologia .....	9
2.1.1.1	Teorias psicológicas .....	10
2.1.1.2	Fatores neuroendócrinos .....	13
2.1.1.3	Fatores genéticos .....	15
2.1.1.4	Estudos neurológicos e de imagem .....	16
2.1.2	Prevalência .....	18
2.1.2.1	Zoofilia .....	20
2.1.2.2	Exibicionismo .....	20
2.1.2.3	Sadomasoquismo .....	21
2.1.2.4	Fetichismo .....	22



2.1.3	Comorbidades .....	23
2.2	Compulsão sexual.....	27
2.2.1	Etiologia.....	27
2.2.1.1	Fatores hormonais .....	27
2.2.1.2	Anormalidades no sistema nervoso central .....	28
2.2.1.3	Compulsividade sexual e adição .....	29
2.2.2	Prevalência .....	30
2.2.3	Comorbidades .....	32
<b>3</b>	<b>OBJETIVOS</b> .....	<b>38</b>
3.1	Objetivos gerais .....	38
3.2	Objetivos específicos .....	39
<b>4</b>	<b>MÉTODO</b> .....	<b>42</b>
4.1	Desenho do estudo.....	42
4.2	Amostra .....	42
4.3	Questionário.....	45
4.4	Aplicação do questionário .....	46
4.5	Armazenagem dos dados .....	49
4.6	Análise estatística .....	50
4.6.1	Caracterização geral da amostra.....	50
4.6.2	Caracterização da amostra com comportamento sexual não convencional .....	50
4.6.3	Análise comparativa entre os grupos .....	51
4.6.3.1	Análise geral das variáveis .....	51

4.6.3.2	Construção do modelo de regressão logística multivariado .....	53
4.7	Revisão da literatura .....	54
4.8	Conflito de interesses .....	55
<b>5</b>	<b>RESULTADOS</b> .....	<b>57</b>
5.1	Caracterização da amostra .....	57
5.2	Comportamento sexual não convencional: aspectos sócio-demográficos .....	72
5.3	Comportamento sexual não convencional: aspectos de saúde física .....	83
5.4	Comportamento sexual não convencional: aspectos de saúde mental .....	87
5.5	Comportamento sexual não convencional: aspectos de saúde sexual .....	90
5.6	Comparação entre a amostra respondente e não respondente .....	108
5.7	Modelo de regressão logística .....	113
<b>6</b>	<b>DISCUSSÃO</b> .....	<b>117</b>
6.1	Amostra .....	117
6.1.1	Análise comparativa entre amostra respondente a todas as questões sobre comportamento sexual não convencional e entre amostra não respondente a pelo menos uma destas questões .....	116
6.2	Aspectos sócio-demográficos .....	117
6.3	Aspectos de saúde física .....	126
6.4	Aspectos de saúde mental .....	128
6.5	Aspectos de saúde sexual .....	135

6.6	Resultados do modelo final de regressão logística multivariada .....	144
6.6.1	Gênero .....	145
6.6.2	Estado civil .....	145
6.6.3	Raça e educação .....	147
6.6.4	Aspectos de saúde física, mental e sexual. ....	147
6.7	Implicações para futuras pesquisas .....	150
6.8	Implicações para a clínica .....	151
6.9	Limitações do estudo .....	152
7	<b>CONCLUSÕES</b> .....	157
8	<b>ANEXOS</b> .....	163
9	<b>REFERÊNCIAS</b> .....	167

***LISTAS***

## **ABREVIATURAS**

<b>AIDS</b>	Síndrome da imunodeficiência adquirida
<b>DST</b>	Doença sexualmente transmissível
<b><i>et al.</i></b>	e colaboradores
<b>EUA</b>	Estados Unidos da América
<b>EVSB</b>	Estudo da vida sexual do brasileiro
<b>HIV</b>	Vírus da imunodeficiência humana
<b>ProSex</b>	Projeto Sexualidade

## GRÁFICOS

<b>Gráfico 1</b>	Distribuição da porcentagem (%) dos indivíduos de acordo com a região do País. Brasil, 2003. ....	<b>57</b>
<b>Gráfico 2</b>	Distribuição da porcentagem (%) dos indivíduos de acordo com a Unidade da Federação. Brasil, 2003. ....	<b>58</b>
<b>Gráfico 3</b>	Distribuição da porcentagem (%) dos indivíduos de acordo com os locais pesquisados. Brasil, 2003. ....	<b>59</b>

## **SIGLAS**

<b>APA</b>	<i>American Psychiatry Association</i>
<b>IBGE</b>	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
<b>OMS</b>	Organização Mundial de Saúde
<b>USP</b>	Universidade de São Paulo

## TABELAS

<b>Tabela 1</b>	Distribuição do número (N <sup>o</sup> ) e da porcentagem (%) dos indivíduos, de acordo com variáveis sócio-demográficas dos estados da Região Sudeste (SP, RJ e MG). Brasil, 2003. ....	<b>60</b>
<b>Tabela 2</b>	Distribuição do número (N <sup>o</sup> ) e da porcentagem (%) dos indivíduos, de acordo com variáveis sócio-demográficas dos estados da Região Nordeste (BA, PE, RN, e CE). Brasil, 2003. ....	<b>61</b>
<b>Tabela 3</b>	Distribuição do número (N <sup>o</sup> ) e da porcentagem (%) dos indivíduos, de acordo com variáveis sócio-demográficas dos estados da Região Sul (PR, SC e RS). Brasil, 2003. ....	<b>62</b>
<b>Tabela 4</b>	Distribuição do número (N <sup>o</sup> ) e da porcentagem (%) dos indivíduos, de acordo com variáveis sócio-demográficas dos estados da Região Centro Oeste (MS e DF). Brasil, 2003. ....	<b>63</b>
<b>Tabela 5</b>	Distribuição do número (N <sup>o</sup> ) e da porcentagem (%) dos indivíduos, de acordo com variáveis sócio-demográficas dos estados da Região Norte (PA). Brasil, 2003. ....	<b>65</b>
<b>Tabela 6</b>	Medidas descritivas das idades, segundo gênero e estados da Federação (SP, RJ, MG). Brasil, 2003. ....	<b>66</b>
<b>Tabela 7</b>	Medidas descritivas das idades, segundo gênero e estado da Federação (BA, PE, RN, CE). Brasil, 2003. ....	<b>68</b>
<b>Tabela 8</b>	Medidas descritivas das idades, segundo gênero e estados da Federação (PR, SC, RS). Brasil, 2003. ....	<b>69</b>
<b>Tabela 9</b>	Medidas descritivas das idades, segundo gênero e estados da Federação (MS e DF). Brasil, 2003. ....	<b>70</b>



<b>Tabela 10</b>	Medidas descritivas das idades, segundo gênero e estados da Federação (PA). Brasil, 2003. ....	<b>71</b>
<b>Tabela 11</b>	Distribuição do número (N <sup>o</sup> .) e da porcentagem (%) dos indivíduos, de acordo com o gênero e a presença de sexo não convencional. Brasil, 2003. ....	<b>72</b>
<b>Tabela 12</b>	Distribuição do número (N <sup>o</sup> .) e da porcentagem (%) dos indivíduos, de acordo com o tipo de comportamento sexual não convencional. Brasil, 2003	<b>73</b>
<b>Tabela 13</b>	Distribuição do número (N <sup>o</sup> .) e da porcentagem (%) dos homens e das mulheres, segundo a região do Brasil e a presença de sexo não convencional. Brasil, 2003. ....	<b>74</b>
<b>Tabela 14</b>	Distribuição do número (N <sup>o</sup> .) e da porcentagem (%) da presença de comportamento sexual não convencional, de acordo com o gênero e o estado da Federação. Brasil, 2003. ....	<b>75</b>
<b>Tabela 15</b>	Distribuição do número (N <sup>o</sup> .) e da porcentagem (%) dos indivíduos, de acordo com o tipo de comportamento sexual não convencional e a região do País. Brasil, 2003. ....	<b>76</b>
<b>Tabela 16</b>	Distribuição do número (N <sup>o</sup> .) e da porcentagem (%) dos indivíduos, de acordo com o tipo de comportamento sexual não convencional e a região do País. Brasil, 2003. ....	<b>77</b>
<b>Tabela 17</b>	Distribuição do número (N <sup>o</sup> .) e da porcentagem (%) dos indivíduos da região Centro-Oeste, de acordo com o tipo de comportamento sexual não convencional. Brasil, 2003. ....	<b>76</b>
<b>Tabela 18</b>	Medidas descritivas das idades, segundo o gênero e a presença de sexo convencional ou não convencional. Brasil, 2003. ....	<b>78</b>

<b>Tabela 19</b>	Distribuição do número (N <sup>o</sup> .) e da porcentagem (%) dos homens e das mulheres, segundo a faixa etária e a presença de sexo não convencional. Brasil, 2003. ..	<b>79</b>
<b>Tabela 20</b>	Distribuição do número (N <sup>o</sup> .) e da porcentagem (%) dos homens e das mulheres, segundo a raça e a presença de sexo não convencional. Brasil, 2003. ....	<b>80</b>
<b>Tabela 21</b>	Distribuição do número (N <sup>o</sup> .) e da porcentagem (%) dos homens e das mulheres, segundo o estado civil e presença de sexo não convencional. Brasil, 2003. ....	<b>81</b>
<b>Tabela 22</b>	Distribuição do número (N <sup>o</sup> .) e da porcentagem (%) dos homens e das mulheres, segundo o grau de escolaridade e a presença de sexo não convencional. Brasil, 2003. ....	<b>82</b>
<b>Tabela 23</b>	Distribuição do número (N <sup>o</sup> .) e da porcentagem (%) dos homens e das mulheres, segundo a presença de afiliação religiosa e de sexo não convencional. Brasil, 2003. ....	<b>83</b>
<b>Tabela 24</b>	Distribuição do número (N <sup>o</sup> .) e da porcentagem (%) dos homens e das mulheres, segundo condições referidas de saúde física e presença de sexo não convencional. Brasil, 2003. ....	<b>84</b>
<b>Tabela 25</b>	Distribuição do número (N <sup>o</sup> .) e da porcentagem (%) dos homens e das mulheres, segundo aspectos de saúde mental e sexo não convencional. Brasil, 2003. .	<b>88</b>
<b>Tabela 26</b>	Distribuição de medidas descritivas do número de filhos, da idade de início da vida sexual, número de parceiros sexuais nos últimos doze meses, número de relações sexuais por semana realizadas e desejadas, segundo o gênero e a presença de sexo não convencional. Brasil, 2003. ....	<b>91</b>

<b>Tabela 27</b>	Distribuição do número (N <sup>o</sup> .) e da porcentagem (%) dos indivíduos, segundo o número médio de orgasmos semanais e de sexo não convencional. Brasil, 2003. ....	<b>93</b>
<b>Tabela 28</b>	Distribuição do número (N <sup>o</sup> .) e da porcentagem (%) dos indivíduos, segundo o número de parceiros sexuais nos últimos doze meses e de sexo não convencional. Brasil, 2003. ....	<b>94</b>
<b>Tabela 29</b>	Distribuição do número (N <sup>o</sup> .) e da porcentagem (%) dos homens e das mulheres, segundo a presença de atividades presentes no contato sexual e de sexo não convencional. Brasil, 2003. ....	<b>95</b>
<b>Tabela 30</b>	Distribuição do número (N <sup>o</sup> .) e da porcentagem (%) dos homens e das mulheres, segundo alguns aspectos relacionados à biografia sexual do indivíduo e ao sexo não convencional. Brasil, 2003. ....	<b>100</b>
<b>Tabela 31</b>	Distribuição do número (N <sup>o</sup> .) e da porcentagem (%) dos homens e das mulheres, segundo aspectos relacionados à identidade e orientação sexuais e sexo não convencional. Brasil, 2003. ....	<b>101</b>
<b>Tabela 32</b>	Distribuição do número (N <sup>o</sup> .) e da porcentagem (%) dos homens e das mulheres, segundo a presença de disfunções sexuais e de sexo não convencional. Brasil, 2003. ....	<b>103</b>
<b>Tabela 33</b>	Distribuição do número (N <sup>o</sup> .) e da porcentagem (%) dos homens e das mulheres, segundo alguns aspectos relacionados à prática sexual e ao sexo não convencional. Brasil, 2003. ....	<b>106</b>
<b>Tabela 34</b>	Distribuição do número (N <sup>o</sup> .) e da porcentagem (%) dos homens e das mulheres, segundo a presença de medos referidos durante o contato sexual e sexo não convencional. Brasil, 2003. ....	<b>108</b>

<b>Tabela 35</b>	Distribuição do número (N <sup>o</sup> .) e da porcentagem (%) dos indivíduos, segundo variáveis sócio-demográficas e resposta ou não às questões sobre sexo não convencional. Brasil, 2003. ....	<b>110</b>
<b>Tabela 36</b>	Medidas descritivas da idade, segundo a resposta ou não às questões sobre comportamento sexual não convencional. Brasil, 2003. ....	<b>112</b>
<b>Tabela 37</b>	Distribuição do número (N <sup>o</sup> .) e da porcentagem (%) dos indivíduos, segundo a presença de histórico de violência sexual sofrida e resposta ou não às questões sobre sexo não convencional. Brasil, 2003. .	<b>112</b>
<b>Tabela 38</b>	Distribuição das <i>odds ratios</i> (intervalo de confiança – IC – de 95%) para presença de comportamento sexual não convencional, de acordo com as variáveis independentes pesquisadas. Brasil, 2003. ....	<b>113</b>

***RESUMO***

Oliveira Jr WM. *Comportamentos sexuais não convencionais e correlações com parâmetros de saúde física, mental e sexual em amostra de 7.022 mulheres e homens das cinco regiões brasileiras* [dissertação]. São Paulo: Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo; 2007. 182p.

**INTRODUÇÃO:** A literatura apresenta estudos sobre parafilias, transtornos relacionados às parafilias e compulsão sexual, mas não contém pesquisas sobre a frequência destas práticas sexuais na população em geral. Este estudo investiga a associação destas práticas a parâmetros sócio-demográficos e de saúde física, mental e sexual, em amostra da população do Brasil. **MÉTODOS:** O Estudo da Vida Sexual do Brasileiro (EVSB) é um estudo transversal, de 7.022 indivíduos (45,4% de mulheres) realizado através de um questionário auto-responsivo de 87 itens sobre aspectos sócio-demográficos e de hábitos e comportamento sexuais. Com a amostra desse estudo, foi realizada a comparação entre indivíduos com referência a pelo menos um comportamento sexual não convencional – sexo grupal, sexo a três, troca de casais, incesto, sexo com animais, com fetiches, com troca de insultos ou agressões, com recebimento de dinheiro, com componentes exibicionistas ou voyeuristas – (grupo 1) e indivíduos sem referência a qualquer uma destas práticas (grupo 2). **RESULTADOS:** 1. Os comportamentos sexuais não convencionais foram mais frequentes entre os homens (52,3%) do que entre as mulheres (30,4%);  $p < 0,001$ . 2. Comportamento fetichista (13,4%), voyeurista (13,0%) e incesto (11,3%) foram os mais frequentes, enquanto receber dinheiro por sexo (4,8%), relação sexual com animais (3,2%) e troca de casais (3,1%), os menos frequentes. 3. O grupo 1 teve média de idade menor que o grupo 2, tanto para mulheres (35,0 vs 35,9 anos;  $p < 0,05$ ) como para homens (36,5 vs 37,8 anos;  $p < 0,05$ ). 4. O modelo final de regressão logística multivariado mostrou associação de comportamento sexual não convencional com as seguintes variáveis: gênero masculino (O.R.=2,3; IC95%=2,0 – 2,6;  $p < 0,001$ ); estado civil: casado (O.R.=1,0; referência), solteiro (O.R.=1,2; IC 95%=1,0 – 1,4;  $p < 0,05$ ), divorciado ou separado (O.R.=1,4; IC95%=1,1 – 1,8;  $p < 0,01$ ); raça:

branca (O.R.=1,0; referência), negra (O.R.=1,4; IC95%=1,0 – 1,9; p<0,05), parda (O.R.=1,4; IC95%=1,1 – 1,7; p<0,01); nível educacional: superior (O.R.=1,0; referência), médio (O.R.=1,2; IC95%=1,1 – 1,5; p<0,01), fundamental (O.R.=1,7; IC95%=1,3 – 2,3; p<0,001); tratamento para transtorno do estresse pós-traumático (O.R.=1,4; IC95%=1,1 – 1,8; p<0,05); tratamento para dependência por álcool (O.R.=2,0; IC95%=1,1 – 3,8; p<0,05); contracepção de emergência (O.R.=1,8; IC95%=1,4 – 2,2; p<0,001); dificuldades no início da vida sexual (O.R.=1,3; IC95%=1,2 – 1,5; p<0,001); violência sexual sofrida (O.R.=2,2; IC95%=1,5 – 3,2; p<0,001); orientação sexual: heterossexual (O.R.=1,0; referência), bissexual (O.R.=3,6; IC95%=1,9 – 6,6; p<0,001); realizar sexo anal (O.R.=2,0; IC95%=1,7 – 2,3; p<0,001); realizar sexo oral (O.R.=1,2; IC95%=1,1 – 1,5; p<0,01).  
CONCLUSÕES: estes comportamentos devem ser valorizados na clínica uma vez que os indivíduos que os referiram apresentaram indicativos negativos de condições sócio-econômicas e de saúde física, mental e sexual.

Descritores: 1.Comportamento sexual 2.Comportamento sexual/estatística & dados numéricos 3.Sexualidade 4.Parafilia 5.Sexo sem proteção 6.Relações extramatrimoniais 7.Parceiros sexuais 8.Educação sexual 9.Violência sexual

## ***SUMMARY***



Oliveira Jr WM. *Unconventional sexual behaviors and their correlations with physical, mental and sexual health parameters in a sample of 7.022 women and men from Brazilian regions* [dissertation]. São Paulo: Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo; 2007. 182p.

INTRODUCTION: The literature presents studies about paraphilias, upsets related to paraphilias and sexual compulsion, but does not contain researches on the frequency of the current sexual practices in non-clinical samples. This study investigated the association of these practices for social-demographic and physical, mental and sexual health parameters, in a populational sample of Brazil. METHODS: The Brazilian Sexual Life Study (BSLS) is a transversal study, of 7.022 individuals (45.4% of women) accomplished through a self-responsive questionnaire of 87 items regarding social-demographic aspects and sexual behavior habits. With this study sample was performed a comparison between individuals with reference to at least one unconventional sexual behavior – pertaining to a group sex, sex to three, couples' switch, incest, sex with animals, with fetishes, with insults or aggressions exchange, with money receiving, with exhibitionists or voyeuristic components – (Group 1) and individuals without reference to any of these practices (Group 2). RESULTS: 1. Unconventional sexual behaviors (USB) were more frequent among men (52.3%) than among women (30.4%);  $p < 0.001$ . 2. Fetishist behavior (13.4%), voyeurism (13.0%) and incest (11.3%) were the most frequent ones, while receiving money for sex (4.8%), sexual intercourse with animals (3.2%) and couples' switch (3.1%) the least frequent. 3. Group 1 had a lower average age than Group 2, so much for women 35.0 vs. 35.9 years ( $p < 0.05$ ) as well as for men 36.5 vs. 37.8 years ( $p < 0.05$ ). 4. The final model of multivariate logistics regression showed an association of unconventional sexual behavior with the next variables: masculine gender (O.R. = 2.3; IC 95% = 2.0 – 2.6 ( $p < 0.001$ ); marital status: married (O.R. = 1.0; Reference), single (O.R. = 1.2; IC 95% = 1.0 – 1.4;  $p < 0.05$ ), divorced or separated (O.R. = 1.4; IC 95% = 1.1 – 1.8;  $p < 0,01$ ); race: white (O.R. = 1.0; Reference), black (O.R. = 1.4; IC 95% = 1.0 – 1.9;  $p < 0,05$ ), mulatto (O.R. = 1.4; IC 95% = 1.1 – 1.7;  $p < 0,01$ ); educational level:

superior (O.R. = 1.0; Reference), medium (O.R. = 1.2; IC95% = 1.1 – 1.5;  $p < 0.01$ ), fundamental (O.R. = 1.7; IC 95% = 1.3 – 2.3;  $p < 0.001$ ); post-traumatic stress disorder (PTSD) treatment (O.R. = 1.4; IC 95% = 1.1 – 1.8;  $p < 0.05$ ); alcohol dependence treatment (O.R. = 2.0; IC 95% = 1.1 – 3.8;  $p < 0.05$ ); emergency contraception (O.R. = 1.8; IC 95% = 1.4 – 2.2;  $p < 0.001$ ); difficulty at the beginning of the sexual life (O.R. = 1.3; IC 95 % = 1.2 – 1.5;  $p < 0.001$ ); sexual violence (O.R. = 2.2; IC 95% = 1.5 – 3.2;  $p < 0.001$ ); sexual orientation: heterosexual (O.R. = 1.0; Reference), bisexual (O.R. = 3.6; IC 95 % = 1.9 – 6.6;  $p < 0.001$ ); performance of anal (O.R. = 2.0; IC 95 % = 1.7 – 2.3;  $p < 0.001$ ) or oral intercourse (O.R. = 1.2; IC 95 % = 1.1 – 1.5;  $p < 0.01$ ).  
CONCLUSIONS: These behaviors should be clinically prized because individuals who presented them showed negative indicative of socioeconomic terms and of physical, mental and sexual health.

Descriptors: 1.Sexual behavior 2.Sexual behavior/statistics numerical data 3.Sexuality 4.Paraphilias 5.Unsafe sex 6.Extramarital relations 7.Sexual partners 8.Sex education 9.Sexual violence

# ***INTRODUÇÃO***

## 1 Introdução

Os comportamentos sexuais podem se apresentar através de atividades sexuais convencionais e não-convencionais. Comportamentos sexuais convencionais são relações sexuais realizadas entre dois seres humanos adultos e vivos e cuja finalidade seja prazer e/ou procriação (APA, 1987).

As formas não-convencionais são aquelas em que as preferências são distintas no que se refere ao objeto sexual, à idade dos parceiros ou em relação à natureza da atividade sexual. Estas formas não convencionais podem ser divididas em dois grupos: os transtornos de preferência (“parafilias”) e os transtornos relacionados às parafilias (*paraphilia-related disorders*) (Kafka e Hennen, 2003). Outros nomes têm sido dados a esta última condição, tais como adição sexual, impulsividade sexual ou comportamento sexual compulsivo (Raymond *et al.*, 2003). Entretanto, estes termos traduzem apenas um dos aspectos clínicos desta condição, ou seja, a compulsividade e a impulsividade sexuais.

A associação entre a compulsividade sexual e comportamentos sexuais parafílicos (tais como exibicionismo, voyeurismo e sadismo/masoquismo) e comportamentos sexuais relacionados à parafilia (tais como masturbação compulsiva, promiscuidade e dependência por pornografia) é estatisticamente significativa para ambos os gêneros, segundo levantamento populacional realizado em 1996 e publicado em fevereiro de 2006 (Langstrom e Hanson, 2006). Kafka e Hennen (1999) encontraram em sua amostra de 143 indivíduos com parafilia, que 86% também referiram ao menos um episódio ao longo da vida de comportamento sexual relacionado à parafilia.

Os transtornos de preferência ou parafilias, são padrões bizarros de comportamento sexual e apresentam diversas manifestações, algumas pouco deletérias, enquanto outras bastante prejudiciais ao indivíduo, à sociedade ou a(o) parceira(o) sexual. (Sharma, 2003). Por exemplo, os exibicionistas são geralmente ofensores sexuais menos violentos, entretanto existem dados na literatura que apontam para uma escalada de violência que pode ocorrer entre os exibicionistas, os quais podem evoluir para ações de seqüestro e pedofilia (Walker e McCabe, 1973).

De acordo com o DSM-IV-TR (APA, 2002), as parafilias caracterizam-se 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 as relações sexuais com crianças (pedofilia); animais (zoofilia); necessidade de atividades sexuais 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 à distância para estranhos (exibicionismo) e a observação de indivíduos em situações íntimas, ou seja, despindo-se, banhando-se ou mantendo relações sexuais (voyeurismo).

Em alguns indivíduos, as fantasias ou estímulos parafílicos são obrigatórios para a excitação erótica e são sempre incluídos na atividade sexual. Em outros casos, as preferências parafílicas ocorrem somente episodicamente, ao passo que em outras vezes a pessoa é capaz de funcionar sexualmente sem fantasias e estímulos parafílicos. 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).

Os transtornos relacionados às parafilias (*paraphilia - related disorders*) caracterizam-se por fantasias sexualmente excitantes, desejo sexual ou atividades que são muitas vezes culturalmente sancionadas e outras vezes não aprovadas por alguns e fazem parte do espectro de uma excitação sexual normal, mas cujo aumento da frequência ou intensidade (por mais de seis meses) é capaz de impedir ou interferir significativamente na capacidade de uma relação recíproca e afetiva entre os parceiros (Kafka e Hennen, 1999). São exemplos de transtornos relacionados às parafilias a masturbação compulsiva (Coleman, 1992), a promiscuidade (por exemplo,

---

troca de casais, sexo grupal, sexo a três e sexo por dinheiro) (Coleman, 1992; Money, 1986), a dependência por pornografia (Carnes, 1991) e a dependência por sexo ao telefone (Carnes, 1991). Outras atividades sexuais podem não ser culturalmente aceitas na maioria dos países como, por exemplo, relações incestuosas ou troca de casais.

Os transtornos relacionados às parafilias produzem um padrão de vínculo afetivo cujo desejo sexual excessivo num dos parceiros produz uma demanda sexual no outro, que não sofre de transtorno sexual, e que marcadamente interfere com a capacidade de se sustentar uma atividade afetiva e recíproca entre eles (Kafka e Prentky, 1992a). A troca de casais, o sexo a três podem ser exemplos de situações que, em maior ou menor prazo, dificultam um relacionamento afetivo estável.

Estes comportamentos sexuais, também chamados de “perversões sexuais”, são produtos da vida em sociedade. Muitos delas são permissivas a algum grau de comportamento sexual desviante. Acredita-se que o sexo realizado de forma compulsiva, com a presença ou não de componentes não convencionais, seria uma forma de aliviar o estresse da vida diária (Singh, 1999).

Alguns indivíduos apresentam grande dificuldade em controlar seu comportamento sexual. Geralmente apresentam pensamentos intrusivos, de conteúdo sexual e se engajam em atividades sexuais constantes que podem se tornar fora de controle, o que muitas vezes resulta em diversas conseqüências danosas, tais como doenças sexualmente transmissíveis, exposição ao HIV, gravidezes indesejadas, problemas com a justiça e com a

manutenção de um relacionamento estável ou de um casamento, além de poder resultar em violência doméstica (Coleman, 1992).

Os critérios utilizados para a classificação dos comportamentos sexuais como transtornos ou apenas como variações individuais mudam com o passar do tempo. Como exemplo, citamos a homossexualidade que anteriormente era considerada um transtorno e atualmente, não mais (OMS, 1994). Contribuiu para a mudança de pensamento da sociedade sobre esta questão a pressão exercida por grupos de homossexuais, ocorrida no Ocidente (Singh, 1999). A permissão da união civil entre indivíduos do mesmo sexo em alguns países do ocidente tais como, Inglaterra, Holanda, Dinamarca e Noruega denota uma maior tolerância. No Brasil, alguns direitos como benefícios de pensão e de assistência à saúde foram garantidos a parceiros ou parceiras de indivíduos do mesmo sexo em uniões estáveis comprovadas.

Desde a década de 40, com o trabalho pioneiro de Kinsey *et al.* (1948) sabe-se que nem tudo o que socialmente as pessoas falam sobre sexo é o que realmente elas fazem. Kinsey *et al.* (1948) pesquisou mais de 12 mil pessoas nos EUA. Procurou estabelecer a biografia sexual dos indivíduos através de questionários aplicados por seus entrevistadores em locais públicos, casas e até prostíbulos. Sua visão foi bastante influenciada pelas ciências naturais, uma vez que passou a tratar a questão sexual do ponto de vista científico e não do ponto de vista ético, moral, religioso ou criminal (Lanteri-Laura, 1979). Assim, usou o método científico ao qual estava habituado a trabalhar. Biólogo e professor de entomologia e zoologia,



---

utilizou o método científico para abordar este tema, virgem de exploração com a metodologia científica até aquela época.

O relatório Kinsey, como ficou conhecida a publicação dos resultados de seu trabalho, provocou uma profunda mudança social e cultural nos valores da sociedade americana e em outras sociedades ocidentais e abriu caminho para a revolução sexual ocorrida nos anos 60. Por exemplo, relatou de que aproximadamente 50% de todos os homens casados tiveram experiências extraconjugais durante o casamento (Kinsey *et al.*, 1948). De sua amostra total, 26% das mulheres tinham tido a mesma experiência aos 40 anos. Aproximadamente 1 em 6 mulheres apresentaram relações extraconjugais, nas idades entre 26 a 50 anos (Kinsey *et al.*, 1953).

No Brasil, o primeiro grande estudo sobre comportamento sexual se deu entre os meses de fevereiro e abril de 2000. Intitulado “Estudo do Comportamento Sexual” (ECOS), 2.835 indivíduos foram pesquisados através de um questionário anônimo e auto-responsivo (Abdo *et al.*, 2000; Abdo *et al.*, 2002).

Dois anos mais tarde, o Estudo da Vida Sexual do Brasileiro (EVSB) entrevistou 7.022 indivíduos de treze estados das cinco regiões do País. Este estudo também procurou abordar e relatar o que os indivíduos do Brasil fazem do ponto de vista do comportamento sexual, suas dificuldades, seus medos, suas relações afetivo-eróticas, suas práticas sexuais e seu histórico sexual (Abdo, 2004a).

Este trabalho, baseado no estudo acima, procurou estudar um tema ainda pouco abordado na literatura. Este estudo não pretendeu investigar

indivíduos com diagnóstico de parafilias ou de comportamento sexual compulsivo e sim caracterizar aqueles que praticam ou praticaram um ou mais comportamentos sexuais não convencionais ao longo de suas vidas. Nem sequer pretendeu ser um estudo de prevalência, uma vez que os dados são válidos apenas para esta amostra. Caracterizar o perfil destes indivíduos no que se refere à saúde física, sexual e mental assim como o perfil sócio-demográfico torna-se necessário para medidas a serem aplicadas no tratamento e na prevenção destes comportamentos e abrir caminho para novas pesquisas com outros tipos de desenho e com metodologia amostral.

A hipótese foi de que existe um padrão de comportamento sexual e de hábitos de vida, que caracterizam e distinguem seus portadores do restante da população e de que haveria comorbidades clínicas e psiquiátricas (auto-referidas) características para este grupo.

# ***REVISÃO DA LITERATURA***

---

---

## **2 Revisão da literatura**

### **2.1 Transtornos de preferência sexual**

#### **2.1.1 Etiologia**

Os indivíduos com transtornos de preferência sexual tendem a apresentar múltiplos tipos de comportamentos sexuais não convencionais, bem como alta frequência de comportamentos sexuais desviantes. Bradford *et al.* (1992) estudaram 443 adultos que procuraram atendimento para transtornos sexuais e encontrou que a maioria deles apresentava múltiplas parafilias e que havia uma tendência de começar com um tipo de parafilia e evoluir para outras parafilias.

De forma geral, a etiologia das parafilias parece ser multifatorial (Money, 2003; Fuller, 1989). Há diferenças marcantes em relação à personalidade e à psicopatia destes indivíduos (Langevin *et al.* 1999; Quinsey, 2003). Concorrem também fatores culturais e religiosos, sendo que as proibições de tais práticas pela Igreja ou pela legislação de algumas sociedades, foram ora claramente combatidas, ora tomadas como atitudes

pouco danosas ou até mesmo normais (Lazoritz e McDermott, 2002; Carrillo, 1999; Singh, 1999). Como exemplo, citamos as relações sexuais de adultos com adolescentes que ocorriam na Grécia antiga.

Atualmente procura-se estabelecer uma explicação causal para a parafilia ou perversão sexual através de uma teoria de desenvolvimento, baseada em estudos longitudinais e não transversais. Assim, esta teoria seria multivariada e não univariada. Entre as variáveis a serem consideradas temos: genoma; história hormonal (pré-natal e pós-natal); fisiologia sexual cerebral; história de toxicidade, infecção ou exposição traumática ao nascimento; ligações afetivas da criança com figuras importantes de sua vida; ligações com o grupo de adolescentes; educação sexual; história sexual do adolescente; história de paixões seja na fantasia, na imaginação ou na prática (Money, 2003).

#### **2.1.1.1 Teorias psicológicas**

Krafft-Ebing (1965), no ano de 1896, atribuía a psicopatologia da perversão sexual à teoria da degeneração. Segundo esta teoria, esta tendência seria inata e hereditária, dependendo, portanto, do *pedigree* familiar. Sobre o nome de *atavismo*, Cesare Lombroso (1972), em trabalho publicado originalmente em 1876, descreveu esta degeneração. O indivíduo apresentaria uma reversão a um estado evolutivo primitivo do desenvolvimento que se manifestava não apenas através de patologias criminais, mas também em anomalias e deformidades do corpo (chamado de

---

---

estigma da degeneração). O atavismo não encontra atualmente espaço na sexologia moderna.

Freud não seguiu a teoria de Krafft-Ebing e explicou a perversão sexual em termos intra-psíquicos (imaginação, fantasia), conscientes e inconscientes. Freud postulou os estágios do desenvolvimento da sexualidade infantil: oral, anal, fálica e genital. A parada do desenvolvimento ou regressão a um estágio anterior, sem o mecanismo de repressão (defesas intra-psíquicas), foi chamada de perversão e, quando na presença de repressão, neurose (Sulloway, 1979).

Stoller (1986) postula que as perversões são comportamentos que primariamente são motivados por hostilidade, cujo desejo presente é o de agredir o objeto sexual. De acordo com ele, isto toma forma de uma fantasia, que no fundo esconde uma ação (que é a própria perversão) que serve para converter um trauma infantil em um triunfo do adulto.

Segundo a teoria do aprendizado social os comportamentos sexuais não convencionais são aprendidos da mesma forma que os comportamentos sexuais convencionais (Laws e Marshall, 1990). Kinsey *et al.* (1953) afirmam que os comportamentos sexuais originam-se do aprendizado e do condicionamento, somados à influência de fatores culturais. Laumann *et al.* (1994) acrescentam que estes comportamentos são reforçados pela masturbação. Para Foucault (1978) os fatores sócio-culturais e o contexto social são fundamentais na determinação da forma como os indivíduos vêem e vivem a sua própria sexualidade. No entanto, há

---

---

autores que destacam uma determinação biológica para isto (Diamond e Sigmundson, 1997).

A teoria da “impressão” ou *imprinting* tem sido aventada para explicar o fenômeno das parafilias. De acordo com esta teoria, animais, incluindo os seres humanos, são susceptíveis, em determinada etapa da vida, a desenvolverem métodos de estímulo para a excitação sexual que ficam marcados ou “impressos” dentro do seu repertório de excitação sexual. Assim, se um jovem apresentar hábito de masturbar-se em janelas ou mesmo observar um casal tendo relações sexuais, isto pode vir a ficar impresso em seu repertório de excitação sexual. Sendo assim, o indivíduo passa a repetir este comportamento, seja de maneira privada (se masturbando) ou explicitamente. Na vida adulta, poderá continuar reproduzindo este comportamento de forma preferencial e repetitiva (Freund, 1997).

Para Freund *et al.* (1986), existe uma seqüência teórica e ideal que ocorre entre o encontro, o cortejo e o intercuro sexual. As parafilias se desenvolveriam devido à uma ruptura ou à uma parada nas etapas deste processo. A primeira fase é a de procura de um potencial parceiro ou parceira. A parada nesta fase faria do indivíduo um *voyeur*. A segunda fase é a de aproximação. Esta é realizada através de comunicação verbal e não-verbal com o possível parceiro. Bloqueios nesta fase tornariam o indivíduo *exibicionista*. A terceira fase é a táctil, em que o contato físico direto é realizado. Ruptura nesta fase resultaria em *frotteurismo*. A quarta e última

---

---

fase é a copulatória, em que o intercuro sexual ocorre. Parada ou desvio nesta etapa faria do indivíduo um *estuprador* (Freund e Kolarsky, 1965).

A clínica demonstra que as psicoterapias são instrumentos importantes no tratamento das parafilias, mas infelizmente não há estudos com metodologia científica apurada que possam comprovar seus benefícios. Kafka (2000) afirma que a psicoterapia realizada de forma isolada, sem o auxílio de psicofármacos, não é efetiva para o tratamento dos indivíduos que apresentam parafilias.

#### **2.1.1.2 Fatores neuro-endócrinos**

Os eventos hormonais intra-uterinos estão associados à organização neural do embrião, sendo que fatores genéticos e do sistema imunológico materno parecem ter influência nestes casos, mas não se sabe ainda como estes dois fatores se inter-relacionam (Quinsey, 2003).

Estudo realizado com 50 estupradores evidenciou não haver diferenças dos níveis de testosterona quando comparados aos controles, nem sequer correlação com o grau de violência empregado no crime (Bradford e McLean, 1984).

Em estudo comparativo realizado com estupradores de adultos, molestadores sexuais de crianças e sujeitos controles, não se puderam confirmar diferenças estatisticamente significantes para os níveis de andrógeno sérico (Rada *et al.*, 1983).



---

Quanto a outros hormônios sexuais, os níveis de hormônio luteinizante (LH) foram maiores após infusão de hormônio liberador de LH, em um grupo de 7 pedófilos, quando comparados a 5 indivíduos parafilicos não-pedófilos e 5 indivíduos controles. Para níveis basais de LH, de hormônio folículo estimulante (FSH) e de testosterona não foram encontradas diferenças entre os grupos (Gaffney e Berlin, 1984).

Kafka (2003) descreveu a hipótese monoaminérgica para a determinação de comportamentos sexuais desviantes, baseado em quatro evidências:

- Os neurotransmissores monoaminérgicos (dopamina, norepinefrina e serotonina) apresentam papel modulador na motivação sexual de humanos e mamíferos superiores;
- Agentes farmacológicos que afetam a transmissão monoaminérgica podem inibir ou facilitar comportamentos sexuais;
- As parafilias apresentam associações com comorbidades psiquiátricas de eixo I;
- Agentes farmacológicos que aumentam a transmissão serotoninérgica parecem diminuir a excitação e os comportamentos sexuais desviantes.

O comportamento sexual presente nas parafilias parece guardar relação com o transtorno obsessivo-compulsivo, uma vez que há ação

---

---

terapêutica dos inibidores da recaptação de serotonina neste tipo de transtorno (Hill *et al.*, 2003; Kafka e Hennen, 2000; Abouesh e Clayton, 1999; Kafka e Prentky, 1992b). Resultados favoráveis no tratamento do exibicionismo têm sido obtidos com o uso de fluvoxamina (Balon, 1998; Zohar *et al.* 1994) e clomipramina (Kafka e Hennen, 2000; Torres e Cerqueira, 1993).

Estes comportamentos sexuais são caracterizados por comportamentos impulsivos e compulsivos que também caracterizam as adições (por drogas, por alimentos ou por jogos) (Krueger e Kaplan, 2001).

#### **2.1.1.3 Fatores genéticos**

Há relativamente poucos estudos na literatura sobre a genética das parafilias.

Os genes dos receptores de dopamina, assim como as vias neuronais envolvidas na “síndrome de deficiência de recompensa” e de vários outros comportamentos adictos, parecem exercer influência também sobre as parafilias (Krueger e Kaplan, 2001; Comings, 1998; Blum *et al.*, 2000).

Foi encontrada associação positiva entre comportamentos sexuais desviantes e grau de carga genética para os genes *Gts*, em indivíduos portadores da Síndrome de Tourette (Comings, 1994).

Schiavi *et al.* (1988) compararam três grupos de homens com cariótipos XYY, XXY e controles XY e encontraram maior prevalência de

---

---

comportamentos sexuais não convencionais no grupo XYY do que nos outros dois grupos.

#### **2.1.1.4 Estudos neurológicos e de imagem**

Outros autores apontam para anormalidades órbito-frontais (por exemplo, tumores) como causas possíveis para deficiência de controle dos impulsos, alterações do comportamento sexual e sociopatias (Burns e Swerdlow, 2003). Alteração eletroencefalográfica é relatada em indivíduos com comportamentos parafílicos. O principal sítio de ativação cerebral ao estímulo visual erótico em homens heterossexuais (controles) é o P4 (parietal direito), enquanto nos homens que referem comportamento parafílico, o principal sítio de ativação é o F3 (frontal esquerdo) (Waismann *et al.*, 2003).

Alguns estudos têm sido conduzidos a fim de se buscar diferenças anatômicas entre as estruturas cerebrais de indivíduos com histórico de violência sexual praticada e controles. Os lobos temporais parecem estar implicados com esta condição, uma vez que foram encontradas algumas diferenças nestas estruturas quando comparadas às de indivíduos controles (Krueger e Kaplan, 2001).

Há diversos estudos na literatura que procuram estabelecer diferenças entre os cérebros dos violentadores e dos indivíduos controles. A tomografia computadorizada é o método de imagem mais empregado. De acordo com estudo realizado com este método, o hemisfério esquerdo de

---

---

violentadores sexuais é relativamente menor do que dos controles (Wright *et al.*, 1990).

Os lobos temporais parietais de 41 pedófilos apresentavam alterações morfológicas quando comparados aos controles no estudo de Hucker *et al.* (1986). Estes mesmos autores registraram dilatação do corno direito do lobo temporal, através de tomografia computadorizada, em 51 homens que cometeram violência sexual em mulheres adultas. Foram comparados a 36 homens de um grupo controle (Hucker *et al.*, 1988).

Outros estudos, por sua vez, não encontraram alterações significativas entre os cérebros de homens com e sem parafilia.

Através de tomografia por emissão de pósitron (PET), Garnett *et al.* (1988) compararam dois homens com comportamentos sádicos a dois controles. Utilizando material erótico de áudio e vídeo e monitorando a variação da circunferência peniana. Não encontraram diferenças no padrão de atividade cerebral enquanto o material erótico era apresentado a eles.

Langevin *et al.* (1989a) compararam 15 exibicionistas com 36 indivíduos controles e não encontraram diferenças estatisticamente significantes nas tomografias computadorizadas de crânio, nem sequer nos testes neuropsicológicos empregados.

Em estudo realizado com 123 indivíduos que cometeram incesto, 160 abusadores de crianças não pertencentes à própria família do abusador, 108 agressores sexuais de mulheres adultas e 36 indivíduos controles não foram evidenciadas diferenças na morfologia cerebral, registrada através de

---

---

tomografia computadorizada de crânio. Também não foram encontradas diferenças em testes de memória (Langevin *et al.*, 1989b).

### 2.1.2 Prevalência

A maioria dos estudos aponta as parafilias como um fenômeno eminentemente masculino (Kafka, 1993; Bradford *et al.*, 1992). Com exceção do sadomasoquismo, e mesmo assim, esta taxa situa-se em torno de 20 homens para cada mulher (Sharma, 2003). No entanto, parafilias em mulheres têm sido descritas também (Maletzky, 1997; Rowan *et al.*, 1990).

A prevalência das parafilias é desconhecida. Uma das possíveis razões para isto é o fato de que questões acerca deste assunto não costumam ser incluídas nos questionários utilizados em estudos populacionais, ao contrário do que ocorre com outros transtornos psiquiátricos mais freqüentes, como depressão ou transtornos de ansiedade.

Muitas vezes os comportamentos parafilicos são ilegais, o que dificulta que o indivíduo os relate, principalmente quando a pesquisa é realizada frente a frente, com entrevistadores. Uma forma indireta de se estimar a prevalência das parafilias é a observação de muitos conteúdos “parafilicos” (como sadomasoquismo, fetichismo e revistas com fotos de mulheres com características de adolescentes) presentes nas revistas com conteúdo erótico. Além disto, este fato pode transmitir a idéia aos parafilicos que eles não estão sozinhos em seus desejos pouco convencionais (Sharma, 2003).

---

Outro dado indireto pode ser obtido a partir do histórico de abuso sexual na infância. Por exemplo, na Grã-Bretanha, 8% dos homens e 12% das mulheres referiram ter sofrido abuso sexual antes dos 15 anos de idade (Baker, 1985). Nos EUA, na cidade de São Francisco, Russell (1983) encontrou taxa de 31% de abuso sexual extra-familiar antes dos 18 anos de idade, em amostra de 930 mulheres adultas. Acredita-se que estes índices possam sugerir a prevalência de comportamentos sexuais parafílicos na população, não obstante apenas indiquem que os abusadores possam ser pedófilos e infere-se que estes mesmos indivíduos devem ter outros comportamentos parafílicos associados.

Apesar de desconhecida, há indícios de que a prevalência de parafilias tem aumentado consideravelmente durante as últimas décadas (Casanova *et al.*, 2002; Rosler e Witztum, 2000).

Em estudo que listou 1.760 revistas de conteúdo pornográfico direcionadas aos heterossexuais, observou-se que na década de 70, predominavam capas com mulheres nuas. Em 1981, estas imagens representavam apenas 10,7% do total. Imagens de submissão e dominação sexuais foram as mais prevalentes entre as imagens de sexo não-convencional. Uma parcela menor (9,8%) estava direcionada à atividade sexual grupal (Dietz e Evans, 1982).

Pesquisa realizada com 60 homens jovens que estavam em um curso superior, avaliou o comportamento sexual e aproximadamente dois terços deles (65%) referiram atividades sexuais desviantes, tais como sexo com crianças e voyeurismo, sugerindo que os homens jovens são facilmente

excitáveis por uma variedade de estímulos e que procuram uma série de experiências sexuais, algumas das quais proibidas por lei (Templeman e Stinnett, 1991).

Quanto à prevalência de outras parafilias, encontramos alguns dados na literatura conforme apresentado abaixo.

#### **2.1.2.1 Zoofilia**

Dados sobre zoofilia ou bestialidade são raros na literatura. Estudo publicado em 1991 apontou prevalência elevada do transtorno (com prática sexual ou apenas fantasias) em 10% de uma amostra de profissionais de um hospital psiquiátrico e de 55% nos pacientes internados (Alvarez e Freinhar, 1991). Este tipo de prática está relacionada a traumas físicos, muitas vezes bastante sérios. Trauma retal, mordidas e fraturas ósseas, por exemplo (Kirov *et al.*, 2002).

#### **2.1.2.2 Exibicionismo**

Assim como ocorre em outros comportamentos parafilicos, o exibicionismo é mais prevalente em homens, mas há relatos também em mulheres (Chow e Choy, 2002). Exibicionistas sempre foram considerados ofensores incômodos (Greenberg *et al.*, 2002) e há estudos que mostram altas taxas de recidiva (Greenberg *et al.*, 2002; Greenberg, 1998) sendo que freqüentemente apresentam comportamentos sexuais compulsivos

(Kehrberg *et al.*, 1997). Os exibicionistas podem evoluir para comportamentos mais agressivos (por exemplo, estupro) sendo que os reincidentes tendem a ter menor nível de escolaridade (Greenberg *et al.*, 2002).

### **2.1.2.3 Sadomasoquismo**

O termo sadismo veio a ser empregado após as publicações de Marquês de Sade (1740 – 1814), novelista francês conhecido pelas suas histórias de mulheres que eram humilhadas e sofriam dor provocada por homens e sentiam prazer com isto. Já o termo masoquismo vem de Von Sacher-Masoch (1835 – 1895), novelista austríaco que escrevia histórias de homens humilhados por mulheres e que obtinham também prazer com este ato (Sharma, 2003).

Em relação aos indivíduos com comportamentos sado-masoquistas, também há poucos dados de prevalência na literatura. Estudo com 40 indivíduos controles e 82 pacientes de ambulatório de clínica médica apontou prevalência de personalidade masoquista de 5% e 18,3%, respectivamente (Reich, 1987). A presença de representantes do sexo feminino na sub-cultura sado-masoquista foi considerada rara (Levitt *et al.*, 1994). Entretanto, outra pesquisa mostrou que 28,5% de uma amostra de indivíduos que acessam revistas sobre este tema são do sexo feminino (Breslow *et al.*, 1985).



Em outro estudo com 34 mulheres que praticam o sado-masochismo, foi evidenciado que elas tendem a ter maior nível educacional e a pertencerem ao estado civil solteiro, do que à população em geral (Levitt *et al.*, 1994). Os comportamentos sado-masochistas menos intensos costumam preceder comportamentos mais intensos e violentos (Santtila *et al.*, 2002). É comum a associação entre sadismo e alcoolismo (Allnutt *et al.*, 1996; Reich, 1993), depressão e transtorno do pânico (Reich, 1993).

Os dados do relatório Kinsey mostraram que 22% dos homens e 12% das mulheres apresentam resposta de excitação sexual ao ouvirem um relato de relação sexual com comportamento sadomasochista. Os homens e as mulheres se excitam sexualmente se forem mordidos durante o ato sexual em 50% e 55% dos casos, respectivamente (Kinsey *et al.*, 1948 e Kinsey *et al.*, 1953).

#### **2.1.2.4 Fetichismo**

Na literatura atual, encontramos alguns autores que criticam o fato do fetichismo ser categorizado como um transtorno psiquiátrico, assim como o sadomasochismo, havendo inclusive propostas para a retirada deste diagnóstico do código internacional de doenças – CID 10 (OMS, 1994), uma vez que consideram estas condições como não patológicas, mas apenas como uma modalidade de expressão sexual (Reiersol e Skeid, 2006).

Estudo realizado com animal mostrou haver persistência de resposta sexual condicionada em uma espécie de codorniz japonesa

---

(*Coturnix japonica*). Esta persistência de resposta sexual ocorria nos indivíduos que realizavam o coito na presença de um objeto inanimado de algodão. O comportamento copulatório serviu para manter o comportamento fetichista, uma vez que ao apresentar o objeto inanimado de algodão, havia resposta sexual nesta espécie (Köksal *et al.*, 2004).

### 2.1.3 Comorbidades

As parafilias comumente estão associadas à depressão e costumam aparecer em momentos de maior estresse emocional ou quando há recorrência do humor depressivo (McKibben *et al.*, 1994).

De um modo geral, indivíduos com comportamentos pedofílicos, exibicionistas e incestuosos apresentam escores maiores de desvios psicopáticos, paranóia e esquizofrenia (Deirmenjian, 2002). Indivíduos com parafilias apresentam altas prevalências de transtornos psiquiátricos de eixo I.

Kafka e Prentky (1998) realizaram estudo com sujeitos que referiram tratamento para comportamento sexual compulsivo e parafilias a fim de se verificar se apresentavam taxas diferentes de distúrbio de déficit de atenção por hiperatividade (DDAH) na infância. Sessenta sujeitos, sendo 42 com parafilias e 8 com comportamento sexual compulsivo foram avaliados. Apenas a taxa de DDAH na infância diferiu entre os dois grupos no tocante aos transtornos psiquiátricos de eixo I. Para os indivíduos com parafilia, foi encontrada prevalência de 50% de DDAH na infância, enquanto para

---

---

indivíduos com comportamento sexual compulsivo, 17%. Esta diferença foi estatisticamente significativa ( $p < 0,01$ ). As taxas de prevalência, ao longo da vida, para transtornos psiquiátricos de eixo I no grupo de indivíduos com parafilias foram:

- Transtornos do humor em geral: 73,8%
- Depressão maior: 47,6%
- Distímia: 69,0%
- Transtorno bipolar: 4,8%
- Transtornos ansiosos em geral: 42,9%
- Fobia social: 31,0%
- Transtorno de ansiedade generalizada: 7,1%
- Abuso e dependência por álcool: 35,7%
- Abuso e dependência por canabinóides: 21,4%
- Abuso e dependência por cocaína: 21,7%
- Transtorno do estresse pós-traumático: 14,3%

Em estudo mais recente de comorbidade, realizado em 2002, os resultados obtidos foram semelhantes ao do estudo anterior (Kafka e Hennen, 2002). Foi avaliado outro grupo de pacientes que buscaram tratamento para parafilias (88 indivíduos; 22 excluídos, totalizando 64) e um grupo de pacientes que buscaram tratamento para comportamento sexual compulsivo (32 indivíduos, sendo que 5 foram excluídos, totalizando 27). Mais uma vez o único transtorno psiquiátrico de eixo I que diferiu entre os

grupos foi o DDHA na infância. Apresentavam DDHA na infância 47,7% dos parafílicos enquanto 18,7% dos compulsivos sexuais apresentavam este diagnóstico na infância. As principais prevalências de transtornos psiquiátricos de eixo I para o grupo de indivíduos com parafilias foram:

- Transtornos do humor em geral: 71,5%
- Depressão maior: 38,6%
- Distímia: 69,3%
- Transtorno bipolar: 6,8%
- Transtornos ansiosos em geral: 38,6%
- Fobia social: 20,4%
- Transtorno de ansiedade generalizada: 6,8%
- Abuso e dependência por álcool: 31,8%
- Abuso e dependência por canabinóides: 18,1%
- Abuso e dependência por cocaína: 18,1%
- Transtorno do estresse pós-traumático: 5,6%

À semelhança do que ocorre com os estudos de prevalência das parafilias, muitos dos estudos de comorbidade também são baseados em amostras de indivíduos com histórico de violência sexual praticada por eles. Assim, os dados são indiretos e não avaliam especificamente que tipo de parafilia estes indivíduos praticam, sendo geralmente pedófilos.

Raymond *et al.* (1999) encontraram em amostra de 45 pedófilos que 60% deles apresentavam transtorno de abuso de substâncias. Em

---

amostra de 36 violentadores sexuais, McElroy *et al.* (1999) encontraram em 83% dos casos histórico de abuso de substâncias e em 72% dos casos, critérios para personalidade anti-social. Neste mesmo estudo foi encontrada prevalência de 36% de transtorno de ansiedade e no de Raymond *et al.* (1999), 64%.

Em estudo mais recente, Dunsieath *et al.* (2004), encontraram em sua amostra de 113 homens que cometeram violência sexual, que 96 deles (85%) apresentavam abuso ou dependência de substâncias, 84 (74%) tinham parafilias, 66 (58%) transtornos do humor (sendo, 35% de transtorno bipolar; 24% transtorno depressivo); 38% transtorno de controle dos impulsos; 23% transtornos de ansiedade; 9% transtornos alimentares; 56% de transtorno de personalidade anti-social).

Langevin e Lang (1990) encontraram em amostra de 461 homens com histórico de abuso sexual praticado que metade deles tinham dependência por álcool e praticamente 20% deles apresentavam histórico de abuso de substâncias.

Com relação a comorbidades sexuais, Raymond *et al.* (1999) encontraram que 24% da amostra de 45 pedófilos apresentavam disfunções sexuais, a saber: aversão sexual atual (n=1; 2,2%); aversão sexual ao longo da vida (n=0; 0,0%) e disfunção erétil ao longo da vida e atual (n=2; 4,4%). A prevalência de transtorno do desejo sexual hipoativo atual ou ao longo da vida foi de zero por cento. Ademais, outras parafilias presentes atualmente e ao longo da vida foram identificadas nesta amostra, respectivamente:

- Exibicionismo: 6,7% e 13,3%;
- Fetichismo: 4,4% e 4,4%;
- Sadismo: 4,4% e 6,7%;
- Voyeurismo: 13,3% e 26,7%.

## **2.2 Compulsão sexual**

### **2.2.1 Etiologia**

#### **2.2.1.1 Fatores hormonais**

É inegável a influência que os andrógenos exercem sobre o desejo sexual normal em humanos. É conhecida a correlação entre nível de testosterona e frequência de pensamentos com conteúdo sexual, comprovada em adolescentes do sexo masculino (Udry *et al.*, 1985; Halpen *et al.*, 1994). Sabe-se que o hipogonadismo induzido para o tratamento de câncer de próstata leva à diminuição do desejo sexual (Basaria *et al.*, 2002).

O desejo sexual sofre influência de fatores ambientais, de fatores endocrinológicos, dos neurotransmissores monoaminérgicos, do óxido nítrico e dos neuropeptídeos (Bradford, 1999). Para a elucidação de como estes fatores relacionam-se entre si para produzir o comportamento sexual humano e o desejo sexual normal, bem como o desejo sexual excessivo ainda são necessários mais estudos (Mick e Hollander, 2006).

### 2.2.1.2 Anormalidades no sistema nervoso central

Anormalidades cerebrais podem resultar em comportamento sexual aberrante. Traumas na região frontal podem desencadear comportamento sexual compulsivo, cuja principal manifestação é a hipersexualidade (Lishman, 1968; Miller *et al.*, 1986). A esclerose múltipla e outras condições clínicas tais como demência (Alkalhil *et al.*, 2004), epilepsia (Devinsky e Vazquez, 1993), e tratamento com drogas dopaminérgicas para Doença de Parkinson (Uitti *et al.*, 1989) podem levar a comportamento sexual excessivo. No entanto, a fisiopatologia destas condições que têm como desfecho possível a hipersexualidade ainda precisa ser esclarecida.

A síndrome de Kluver-Bucy pode apresentar-se clinicamente através de hipersexualidade. É caracterizada por apatia, agnosia visual e hiper-oralidade. Esta síndrome foi primeiramente identificada em macacos que apresentavam lesões bilaterais no lobo temporal. A região cerebral provavelmente envolvida com esta condição são os lobos têmporo-límbicos (Trimble *et al.*, 1997). Raramente está presente em humanos e quando ocorre, geralmente é caracterizada por apatia e hiper-oralidade. A principal etiologia da síndrome de Kluver-Bucy em humanos é a demência de Alzheimer. Também podem desencadeá-la quadros de anóxia ou isquemia cerebral, lobotomia temporal, gliose subcortical progressiva, adrenoleucodistrofia, síndrome de Rett, lúpus eritematoso sistêmico, porfiria, intoxicação por monóxido de carbono, encefalite por herpes simplex,

encefalite límbica e glioblastoma multicêntrico multiforme e gliose subcortical progressiva (Trimble *et al.*, 1997).

### **2.2.1.3 Compulsividade sexual e adição**

Acredita-se que o comportamento sexual excessivo seja um fenômeno semelhante ao da adição de substâncias. Tem-se considerado uma categoria de diagnóstico chamada de “adições comportamentais”. São exemplos as compras compulsivas (Hollander e Allen, 2006).

A diferença, no entanto, é que ao invés de um composto químico levar a estas alterações, o próprio comportamento seria o responsável por estas alterações neurais (Mick e Hollander, 2006). A fisiopatogenia semelhante é sugerida pelo fato destas condições compartilharem características clínicas semelhantes.

Da mesma forma como ocorre nos quadros de dependência química, o comportamento repetitivo e os componentes emocionais nele envolvidos podem levar a mudanças nos circuitos nervosos e contribuir para a perpetuação do comportamento (Martin e Petry, 2005). Pode ser que esta associação não seja verdadeira, já que não se pode caracterizar a abstinência a este tipo de comportamento, como ocorre com o uso de certas drogas ilícitas (Gold e Heffner, 1998; Barth e Kinder, 1987).

A semelhança entre os quadros de dependência química e o de compulsividade sexual pode ser verificada também pela perda do controle e da continuação do comportamento, apesar do indivíduo perceber as



---

---

conseqüências danosas que ele lhe traz (Goodman, 1992). Quando estabelecida, a dependência, seja química, seja comportamental, expõe os indivíduos à grande dificuldade em cessar o comportamento. Os sujeitos perdem o controle e passam a se fixar na obtenção e na realização do comportamento. Há indivíduos com maior ou menor predisposição biológica ou psicológica para apresentarem este fenômeno. Os episódios de urgência em realizar a compulsão, conhecido por *cravings*, também podem estar presentes. Estados afetivos tais como ansiedade, depressão, angústia ou ainda memória de situações vividas durante a realização do ato compulsivo costumam servir de gatilho para a realização da compulsão (Martin e Petry, 2005).

### **2.2.2 Prevalência**

Estima-se que cerca de 5% a 6% da população em geral tenha este transtorno (Coleman, 1992). Sabe-se que o comportamento sexual compulsivo é mais comum em homens que em mulheres e a razão estimada é de três homens para cada uma mulher (Carnes, 1998). No entanto, não há muitos estudos epidemiológicos conduzidos com metodologia adequada para estimar a prevalência desta condição.

Segundo Coleman (1992) há sete subtipos de comportamento sexual compulsivo. Busca compulsiva por sexo e múltiplos parceiros, masturbação compulsiva, uso compulsivo da Internet para fins sexuais, dependência por pornografia, fixação compulsiva em se conseguir um

---

---

parceiro inatingível, relacionamentos amorosos múltiplos e apetite sexual excessivo dentro de um relacionamento estável.

Não é possível estabelecer uma medida consensual para se determinar qual frequência sexual pode ser considerada normal. No entanto, há uma medida estatística que afere a quantidade total de orgasmos, incluindo a masturbação, que um indivíduo apresenta, em determinada unidade de tempo.

Kinsey *et al.* (1948) definiram que o número de orgasmos por semana pode ser utilizado como parâmetro para aferir a hipersexualidade. Para Kafka (1997), mais que sete orgasmos por semana, durante um período de seis meses ou mais em indivíduos acima dos quinze anos de idade, deve ser considerado como hipersexualidade.

De acordo com Kinsey *et al.* (1948), 7,6% dos homens americanos, incluindo adolescentes até homens de 30 anos de idade, tiveram média total de mais de sete orgasmos semanais, nos últimos cinco anos.

Apesar de encontrarmos maior número de orgasmos semanais em indivíduos com parafilias, em indivíduos com comportamento sexual compulsivo e naqueles em tratamento para comportamento sexual compulsivo do que na população em geral, não podemos afirmar com certeza que todos os indivíduos com mais de sete orgasmos semanais tenham diagnóstico de compulsão sexual.

No entanto, em estudo realizado com 65 homens com parafilia e 35 homens com comportamento sexual compulsivo foi encontrado que 72%

da amostra apresentava mais de sete orgasmos semanais, nos últimos seis meses, no mínimo. Todos iniciaram este comportamento após os quinze anos de idade. Em média, de uma a duas horas por dia eram gastas em atividades que envolvem excitação, intercurso, masturbação ou fantasias sexuais. (Kafka, 1997).

Em amostra de 64 pacientes com parafilias e 27 com comportamento sexual compulsivo, foi encontrado que 57% do total de indivíduos tinham mais de sete orgasmos semanais, nos últimos seis meses, pelo menos. Os dois grupos não apresentaram diferenças estatisticamente significantes para a quantidade de orgasmos semanais (Kafka e Hennen, 2003).

### **2.2.3 Comorbidades**

As principais comorbidades psiquiátricas encontradas nos indivíduos com comportamento sexual compulsivo são: o abuso de substâncias (McElroy *et al*, 1999; Kafka e Prentky, 1998; Janikowski e Glover, 1994), transtornos do humor (McElroy *et al*, 1999; Kafka e Prentky, 1998), transtornos ansiosos (McElroy *et al*, 1999; Kafka e Prentky, 1998) e transtornos de personalidade (McElroy *et al*, 1999). Quanto à história de vida e antecedentes familiares encontramos abuso emocional na infância (isto é, maus tratos, chantagens e provocação de culpa na criança pelos pais) e freqüentemente esses indivíduos vêm de famílias disfuncionais (por

exemplo, com instabilidade do relacionamento ou violência entre os pais) (Lee *et al*, 2002). Estes indivíduos também apresentam maior número de relações sexuais por semana, conforme citado anteriormente (Kafka e Prentky, 1992b).

Em amostra clínica de 60 homens, sendo 34 com diagnóstico de parafilias e 26 com diagnóstico de comportamento sexual compulsivo, observou-se não haver diferenças estatisticamente significantes na prevalência de diagnósticos ao longo da vida de transtornos psiquiátricos de eixo I. Em 80,8% dos casos estavam presentes os transtornos do humor. Os transtornos de ansiedade generalizada estavam presentes em 46,2% dos casos. Distímia de início precoce, em 57,7%. (Kafka e Prentky, 1994).

Em outro estudo com amostra de 60 indivíduos (42 com parafilias e 8 com comportamento sexual compulsivo), observou-se as seguintes taxas de comorbidades de eixo I entre os indivíduos com comportamento sexual compulsivo (Kafka e Prentky, 1998):

- Transtornos do humor em geral: 66,7%
- Depressão maior: 44,4%
- Distímia: 61,1%
- Transtorno bipolar: 0,0%
- Transtornos ansiosos em geral: 44,4%
- Fobia social: 22,2%
- Transtorno de ansiedade generalizada: 16,7%
- Abuso e dependência por álcool: 16,7%

- Abuso e dependência por canabinóides: 22,2%
- Abuso e dependência por cocaína: 0,0%
- Transtorno do estresse pós-traumático: 0,0%

Kafka e Hennen (2002) estudaram um grupo de homens em tratamento para parafilias (n=64) e para comportamento sexual compulsivo (n=27) e encontraram as seguintes prevalências de comorbidades de eixo I, no grupo com compulsão sexual:

- Transtornos do humor em geral: 71,8%
- Depressão maior: 40,6%
- Distímia: 68,7%
- Transtorno bipolar: 0,0%
- Transtornos ansiosos em geral: 37,5%
- Fobia social: 25,0%
- Transtorno de ansiedade generalizada: 15,6%
- Abuso e dependência por álcool: 25,0%
- Abuso e dependência por canabinóides: 18,7%
- Abuso e dependência por cocaína: 3,1%
- Transtorno do estresse pós-traumático: 6,2%

As prevalências encontradas nestes estudos podem não representar a população de indivíduos com compulsividade sexual, uma vez que são amostras clínicas e não populacionais.

Há poucos estudos ainda na literatura sobre comorbidade psiquiátrica em pacientes com compulsividade sexual oriundos da comunidade.

Raymond *et al.* (2003) realizaram estudo com 23 homens e duas mulheres com diagnóstico clínico de comportamento sexual compulsivo. Esta amostra foi conseguida através de chamados ou convocações em jornais.

Foi encontrado que 100% deles apresentaram algum diagnóstico de eixo I ao longo da vida. Enquanto 88% deles apresentavam um diagnóstico de eixo I no momento da entrevista. Do total da amostra, 42% apresentavam transtorno de ansiedade, no momento da pesquisa, ao passo que 33% dos participantes apresentaram diagnóstico de transtorno do humor, atualmente. 96% da amostra já receberam diagnóstico de transtorno de ansiedade ao longo da vida, enquanto 71% dela já haviam tido em algum momento diagnóstico de transtorno do humor. 29% apresentavam no momento da entrevista uso de alguma substância psicoativa e 71% já haviam tido história de transtorno pelo uso de substâncias psicoativas.

Black *et al.* (1997) estudaram em amostra de comunidade 28 homens e 8 mulheres com compulsividade sexual. As prevalências encontradas para diagnóstico de eixo I, nos últimos seis meses e ao longo da vida, respectivamente, foram:

- Depressão maior ou distímia: 31% e 39%
- Fobia social: 25% e 42%

- Abuso ou dependência por álcool: 19% e 58%
- Abuso ou dependência por drogas: 19% e 58%
- Transexualismo: 6% e 6%

Desta feita, há poucos artigos mais recentes sobre este tema, sendo eles quase sempre focados em indivíduos diagnosticados como portadores de transtornos de preferência ou de compulsividade sexual. Não encontramos na literatura trabalhos realizados com indivíduos da comunidade que referem ter praticado tais comportamentos, mas que não necessariamente tenham estes diagnósticos.

## ***OBJETIVOS***



### **3 Objetivos**

#### **3.1 Objetivos gerais**

A partir do banco de dados de um estudo transversal intitulado “Estudo da Vida Sexual do Brasileiro – EVSB” (Abdo, 2004a), este trabalho teve como objetivo calcular a frequência nesta amostra de comportamentos sexuais não-convencionais nele pesquisados. Foram pesquisados os seguintes comportamentos sexuais não convencionais: sexo grupal, sexo a três, troca de casais, relações sexuais com familiares (incesto), com animais, com ajuda de fetiches, com troca de insultos ou agressões, relações sexuais realizadas em troca de dinheiro, comportamentos exibicionistas e voyeuristas.

### 3.2 Objetivos específicos

Realizar análise comparativa entre os indivíduos da amostra que referiram ter tido ao menos um dos comportamentos sexuais não convencionais com os indivíduos que referiram nunca ter tido qualquer prática sexual não convencional em suas vidas. Esta análise consistiu em comparar os dois grupos de acordo com parâmetros sócio-demográficos e de saúde física, mental e sexual, conforme listado abaixo:

- perfil sócio-demográfico (gênero, idade, raça, estado civil, escolaridade, afiliação religiosa e número de filhos);
- hábitos referidos (tabagismo, etilismo e uso de substâncias psicoativas);
- comportamentos sexuais referidos (idade de início da vida sexual, número de parceiras ou parceiros, número de relações sexuais realizadas e desejadas por semana, atividades presentes no contato sexual, aspectos relacionados à biografia sexual, orientação sexual, aspectos relacionados à prática sexual e medos presentes no contato sexual);
- auto-relato de disfunções sexuais (falta de desejo sexual, dispareunia, transtorno de excitação sexual feminino, disfunção orgásmica, disfunção erétil e ejaculação precoce);

- auto-relato de doenças tratadas ou em tratamento (depressão, ansiedade, estresse pós-traumático, diabetes, hipertensão arterial sistêmica, cardiopatias, AIDS, DST, dependência por álcool, por tabaco e por drogas).

Esta análise tem por objetivo procurar estabelecer possíveis associações estatisticamente significantes entre as variáveis citadas com a presença ou ausência destes comportamentos sexuais não convencionais nos indivíduos da amostra estudada.

Desta forma, os principais fatores associados ao comportamento sexual não convencional encontrados na análise anterior foram quantificados e colocados em ordem de importância, mas sempre levando em consideração as interações existentes entre eles. Este procedimento se deu através da construção de um modelo estatístico de regressão logística multivariada.

## ***MÉTODO***

## **4 Método**

### **4.1 Desenho do estudo**

O “Estudo da Vida Sexual do Brasileiro” (EVSB) foi conduzido entre novembro de 2002 e fevereiro de 2003 e trata-se de estudo do tipo transversal. A população pesquisada respondeu ao questionário uma única vez. A escolha pelo método transversal se deu pela maior facilidade de execução deste tipo de trabalho, sobretudo pelo elevado número de indivíduos pesquisados. Ademais, o custo envolvido neste tipo de estudo geralmente é menor, sendo mais rapidamente analisado do que outros desenhos, como por exemplo, os estudos de Coorte.

### **4.2 Amostra**

Foram analisados 7.022 indivíduos (54,6% de homens e 45,4% de mulheres). Não houve cálculo amostral para constituição desta amostra.

Esta foi composta aleatoriamente por transeuntes de praças, parques públicos, ruas, praias e *shopping centers* de dezoito grandes cidades, sendo treze delas capitais de Estados, das cinco regiões do Brasil.

**Região Sudeste:** São Paulo (SP), São Caetano (SP), Campinas (SP), Santos (SP), São Bernardo (SP), Diadema (SP), Rio de Janeiro (RJ) e Belo Horizonte (MG).

**Região Sul:** Curitiba (PR), Porto Alegre (RS), Florianópolis (SC).

**Região Norte:** Belém (PA).

**Região Centro-Oeste:** Campo Grande (MS) e Brasília (DF).

**Região Nordeste:** Salvador (BA), Recife (PE), Fortaleza (CE), Natal (RN).

A amostra contemplou, portanto, indivíduos de todas as regiões do país, a fim de caracterizar o maior contingente possível da população do Brasil.

As localizações em que os indivíduos eram abordados para participarem da pesquisa sempre eram bastante movimentadas, locais em que poderiam ser encontrados os mais variados tipos de pessoas. Os indivíduos eram convidados a participar da pesquisa, sempre considerando a necessidade de obter representantes de ambos os sexos e das mais diversas faixas etárias.

Aqueles que se recusaram a responder ao questionário não eram questionados sobre o porquê da negativa. Desta forma, não foram colhidos

dados acerca deles nem das motivações pessoais que os levaram a não participar da pesquisa.

Os pesquisadores de campo utilizaram critérios de inclusão e de exclusão para constituir a amostra.

Os critérios de inclusão foram:

- 1) indivíduos com idade maior ou igual a dezoito anos;
- 2) aceitar responder ao questionário;
- 3) indivíduos alfabetizados.

Os critérios de exclusão foram:

- 1) indivíduos analfabetos;
- 2) indivíduos embriagados ou com sinais evidentes de intoxicação por alguma substância psicoativa;
- 3) indivíduos com dificuldades motoras que os impedissem de responder ao questionário;
- 4) apresentar dúvida em participar ou não da pesquisa.

### 4.3 Questionário

Os dados desta pesquisa são do “Estudo da Vida Sexual do Brasileiro” (EVSB) e foram obtidos através de um questionário auto-responsivo, composto por 87 itens (Abdo, 2004a). O mesmo questionário foi utilizado tanto para homens como para mulheres, no entanto apresenta questões específicas para os gêneros. As questões de número 80 a 87 eram direcionadas apenas aos homens e as de número 74 a 79, apenas às mulheres. No próprio questionário há menção e orientação específica sobre este direcionamento (Abdo, 2004b).

O questionário apresenta uma página de rosto com um breve esclarecimento sobre os objetivos da pesquisa bem como orientações sobre como respondê-lo e como entregá-lo. Quando necessário, as próprias aplicadoras esclareciam as dúvidas antes do seu preenchimento.

No questionário, foram avaliados diversos aspectos descritos a seguir:

**Aspectos sócio-demográficos:** Através das questões de número 1 a 14.

**Hábitos de vida:** Através das questões de número 15 a 18 e questão 43.



**Comportamento, histórico e orientação sexuais:** Através das questões de número 19 a 40; questões 44 a 50; questões 52 a 55; questões 58; 69 a 71 e 73.

**Saúde geral:** Através das questões de números 41 e 42.

**Dificuldades sexuais:** Através das questões de números 51; 56; 57; 59 a 68; 72 e 74 a 87.

O questionário não foi validado através dos procedimentos técnicos e estatísticos tradicionais e, portanto, não houve testes de confiabilidade ou reprodutibilidade das questões.

No entanto, o questionário final passou por uma série de adaptações antes de ser aplicado. Em sua grande maioria, composto por questões de múltipla escolha, o mesmo foi aplicado em 30 indivíduos. Estes foram questionados sobre as principais dificuldades encontradas no entendimento e preenchimento do questionário. Os pesquisadores realizaram todas as anotações das dificuldades e o questionário passou por uma adaptação, a fim de torná-lo mais ágil, objetivo e sucinto, eliminando-se incoerências e questões pouco objetivas.

#### **4.4 Aplicação do questionário**

Para a aplicação do questionário, participaram sete profissionais com formação em curso superior. Um psiquiatra coordenador da aplicação do questionário, o qual ficou responsável em atender às dúvidas relativas à

aplicação do questionário para as pessoas que iam a campo, bem como aplicar a logística para a aplicação do instrumento.

Outro psiquiatra cuidou da organização dos dados que foram sendo colhidos. Este profissional – autor desta dissertação – acompanhou e orientou também a tabulação, a armazenagem e a montagem do banco de dados da pesquisa junto à equipe de profissionais da área de processamento de dados.

Quatro psicólogas e uma assistente social, todas com experiência na abordagem e no tratamento de indivíduos com dificuldades sexuais, participantes do Projeto Sexualidade (ProSex) do Instituto de Psiquiatria do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da USP, realizaram a aplicação do questionário nas localidades.

O procedimento adotado durante a aplicação do instrumento consistiu em convidar os indivíduos a respondê-lo, em cada uma das cidades citadas anteriormente. As aplicadoras os abordavam de forma cordial após se apresentarem e declararem o objetivo da pesquisa. A indumentária utilizada era um jaleco de cor branca com o logotipo do Projeto Sexualidade (ProSex) do Instituto de Psiquiatria do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. Todas as aplicadoras passaram por treinamento antes da aplicação do mesmo.

O treinamento consistiu na leitura do instrumento, esclarecimentos gerais, discussão da melhor forma de abordagem dos indivíduos, da necessidade de privacidade para o preenchimento e para o armazenamento dos questionários. As dúvidas foram esclarecidas pelo psiquiatra e

pesquisador coordenador da pesquisa de campo. Foram a campo apenas quando se declararam bastante familiarizadas com o instrumento e com o procedimento planejado para sua aplicação.

Nas localidades em que o questionário foi aplicado, havia um local reservado para o seu auto-preenchimento. Este foi respondido de forma anônima. Houve o cuidado de manter as aplicadoras à certa distância do preenchimento.

A observação à certa distância é muito importante para evitar o extravio de questionários, ao mesmo tempo em que assegura a devida privacidade da resposta pelos indivíduos. Não há, assim, o constrangimento de respondê-lo próximo às aplicadoras. As aplicadoras não respondiam a dúvidas quanto ao entendimento das questões, uma vez que o questionário era auto-responsivo, evitando assim, possíveis vieses de informação. O questionário era devolvido, depois de preenchido, sem qualquer identificação dos participantes. Da mesma forma, este procedimento também assegura que as respostas possam ser dadas da maneira mais fiel e confiável, sem o constrangimento da identificação pessoal.

Os questionários foram entregues pelos participantes dentro de envelopes fechados, os quais recebiam apenas a identificação do local da aplicação e eram armazenados em compartimentos destinados exclusivamente para este fim.

A duração média para responder a todo o questionário foi de aproximadamente 30 minutos.

#### 4.5 Armazenagem dos dados

Em março de 2003, o banco de dados utilizado ficou pronto. Digitado por equipe de processamento de dados, inicialmente em planilha do *Microsoft® Excel 2002*, foi transferido para o programa de Estatística *SPSS for Windows*, versão 10.0.

Do total da amostra, 1.271 (18,1%) indivíduos deixaram em branco pelo menos uma das questões referentes à presença ou ausência de comportamentos sexuais não convencionais estudados. Não se pode determinar qual a razão da ausência destas respostas, uma vez que isto não foi pesquisado no momento da aplicação. De qualquer forma, todos os indivíduos que deixaram pelo menos uma destas questões sem respostas foram excluídos da análise. Este procedimento se faz necessário para que haja a garantia de que se há presença ou ausência de cada um dos comportamentos sexuais não convencionais referidos no questionário, para cada um dos indivíduos pesquisados.

Foi realizada comparação entre a amostra respondente e a não respondente à procura de diferenças entre estes dois grupos que pudessem comprometer ou confundir a interpretação dos resultados. As variáveis categóricas foram analisadas através do *Teste de qui-quadrado* e as variáveis contínuas pelo teste *T de Student*. Foram consideradas estatisticamente significantes as variáveis em que o “p” fosse menor ou igual a 0,05.

## **4.6 Análise estatística**

### **4.6.1 Caracterização geral da amostra**

Foi calculada a distribuição da frequência e da porcentagem dos indivíduos da amostra de acordo com variáveis sócio-demográficas: região do País, Estados, cidades, gênero, estado civil, raça, grau de escolaridade e média de idade dos participantes. Para fins de comparação, foram acrescentados dados do Censo de 2000 do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) (IBGE, 2000). Entretanto, a amostra utilizada neste estudo não foi corrigida pelos dados do IBGE (anexos A, B e C).

### **4.6.2 Caracterização da amostra com comportamento sexual não convencional**

Foram calculadas as frequências e porcentagens na amostra de cada um dos comportamentos sexuais não convencionais (sexo grupal, sexo a três, troca de casais, relações sexuais com familiares ou incesto, com animais, com ajuda de fetiches, com troca de insultos ou agressões, relações sexuais realizadas em troca de dinheiro, comportamentos exibicionistas e voyeuristas), inclusive para cada região do País.

O questionário utilizado não permite avaliar temporalmente estes comportamentos. Ou seja, a pergunta sobre a presença ou ausência de cada um dos comportamentos sexuais não convencionais não especifica quando foram praticados, nem o número de vezes em que eles ocorreram. Assim, apenas indica se houve ou não ao longo de toda a vida sexual do indivíduo a prática de algum destes comportamentos, pelo menos uma vez.

A amostra de 7.022 indivíduos foi, então, dividida em dois grupos:

**Grupo 1:** indivíduos que referiram apresentar ou terem apresentado ao longo da vida um ou mais destes comportamentos sexuais não convencionais;

**Grupo 2:** indivíduos que referiram jamais ter apresentado ao longo de suas vidas qualquer um destes comportamentos.

### **4.6.3 Análise comparativa entre os grupos**

#### **4.6.3.1 Análise geral das variáveis**

Foi calculada a distribuição da frequência e da porcentagem dos indivíduos da amostra de acordo com o grupo (1 ou 2), gênero (masculino e feminino) e região do País. A seguir, os grupos 1 e 2 foram comparados entre si.

Da experiência clínica e da revisão da literatura foram escolhidas questões do questionário que pudessem caracterizar possíveis diferenças ou semelhanças entre os dois grupos. Os dois grupos foram comparados entre si em relação às seguintes variáveis: gênero, idade, região do País, faixa etária, raça, estado civil, grau de escolaridade, ter afiliação religiosa, doenças referidas, uso de álcool, uso de drogas, uso de tabaco, número de filhos, idade de início da vida sexual, número de parceiros sexuais nos últimos doze meses, número de relações sexuais (realizadas e desejadas), número de orgasmos semanais, prática sexual (beijos, abraços, masturbação, penetração vaginal, sexo oral, sexo anal, penetração do pênis em outros orifícios, necessidade de outras posições durante o ato sexual, uso de objetos, imagens e fetiches), ter recebido informação sobre sexo na vida, dificuldades sexuais no início da vida, violência sexual sofrida, orientação sexual, relacionamento homossexual (uma única vez), não aceitação do sexo biológico, tratamento para mudança de sexo, disfunções sexuais referidas, perda de concentração na atividade sexual, perda do prazer na atividade sexual, contracepção de emergência (uso da “pílula do dia seguinte”), aborto provocado, uso de preservativos, infidelidade, parceria sexual ocasional, medo de engravidar e medo de adquirir DST.

Os dois grupos tiveram suas respostas comparadas através de testes estatísticos adequados a cada tipo de variável. As respostas às variáveis categóricas (tipo múltipla escolha) foram analisadas através do *Teste de qui-quadrado*. As variáveis contínuas ou numéricas foram

analisadas através do *Teste de T de Student* ou *Análise de Variância (ANOVA)*.

Foram consideradas significantes as associações estatísticas em que o “p” tenha sido menor ou igual a 0,05.

#### **4.6.3.2 Construção do modelo de regressão logística multivariado**

O modelo de regressão logística multivariado foi escolhido a fim de se caracterizar, hierarquizar e quantificar a influência que as diversas variáveis pesquisadas têm sobre o comportamento sexual não convencional ao mesmo tempo em que leva em consideração a interação entre elas (Hosmer e Lemeshow, 1989).

Assim, após a análise comparativa entre os dois grupos, foram selecionadas as variáveis independentes que apresentaram associação estatisticamente significativa com a presença de comportamento sexual não convencional. Como regra geral foram incluídas apenas as variáveis que apresentaram  $p \leq 0,20$  no teste da razão de verossimilhança.

O método utilizado foi partir de um modelo de regressão logística mais simples para um mais complexo. Inicialmente foram incluídas as variáveis sócio-demográficas, a seguir, nesta ordem, as variáveis de saúde geral; saúde mental; dificuldades sexuais; comportamento, histórico e orientação sexuais e hábitos de vida. Assim, as variáveis independentes foram sendo incluídas uma a uma e permaneceram no modelo final apenas



aquelas que conseguiram manter significância estatística ( $p \leq 0,05$ ) após a inclusão das demais ou que puderam ajustar os coeficientes das variáveis independentes ( $\beta$ ) em pelo menos 10%. As que não preencheram estes requisitos não permaneceram no modelo final.

#### 4.7 Revisão da literatura

Foram utilizados como fontes de artigos para a revisão bibliográfica as seguintes bases de dados: MEDLINE, EMBASE / LILACS e COCHRANE.

Os critérios de inclusão foram:

1. Estudos epidemiológicos.
2. Ensaio clínico.
3. Estudos de revisão sistemática.

Os critérios de exclusão foram:

1. Editoriais.
2. Cartas.
3. Ensaio clínico cuja metodologia não estivesse bem descrita ou deixasse dúvidas.
4. Estudos populacionais em que a metodologia não estivesse bem descrita ou deixasse dúvidas.

#### **4.8 Conflito de interesses**

O Estudo da Vida Sexual do Brasileiro (EVSB) contou com o apoio financeiro do laboratório Eli Lilly do Brasil.

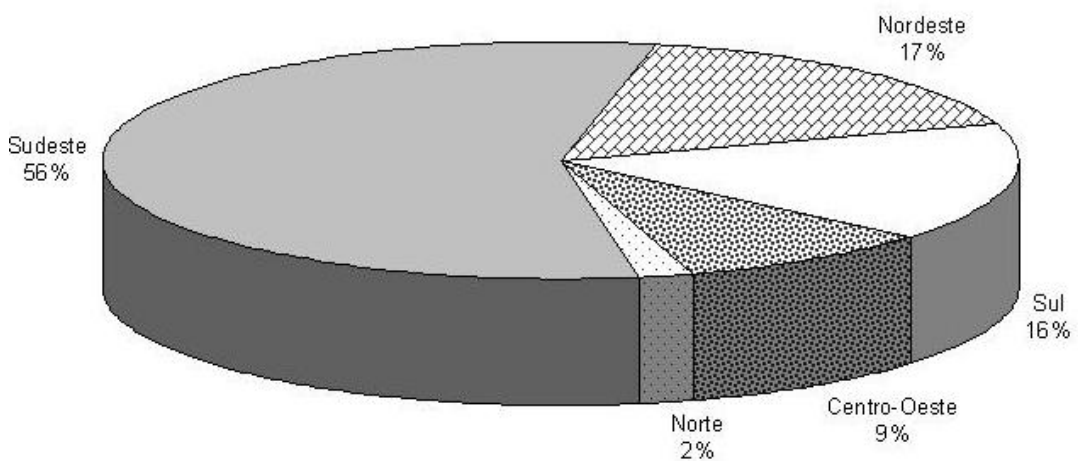
## ***RESULTADOS***

## 5 Resultados

### 5.1 Caracterização da amostra

A maioria da amostra foi constituída por indivíduos da região sudeste do País, conforme mostra o Gráfico 1.

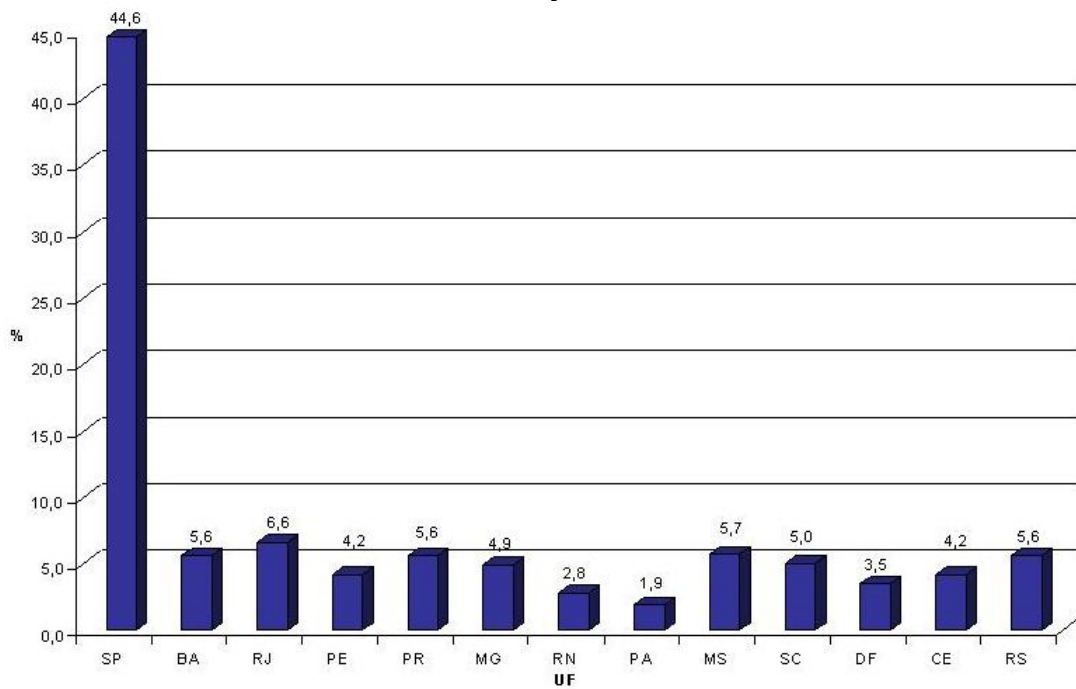
**Gráfico 1** – Distribuição da porcentagem (%) dos indivíduos de acordo com a região do País. Brasil, 2003.



Fonte: Estudo da Vida Sexual do Brasileiro (EVSB), 2003.

Dentro da região sudeste, a maioria dos indivíduos foram alocados do estado de São Paulo, conforme mostra o Gráfico 2.

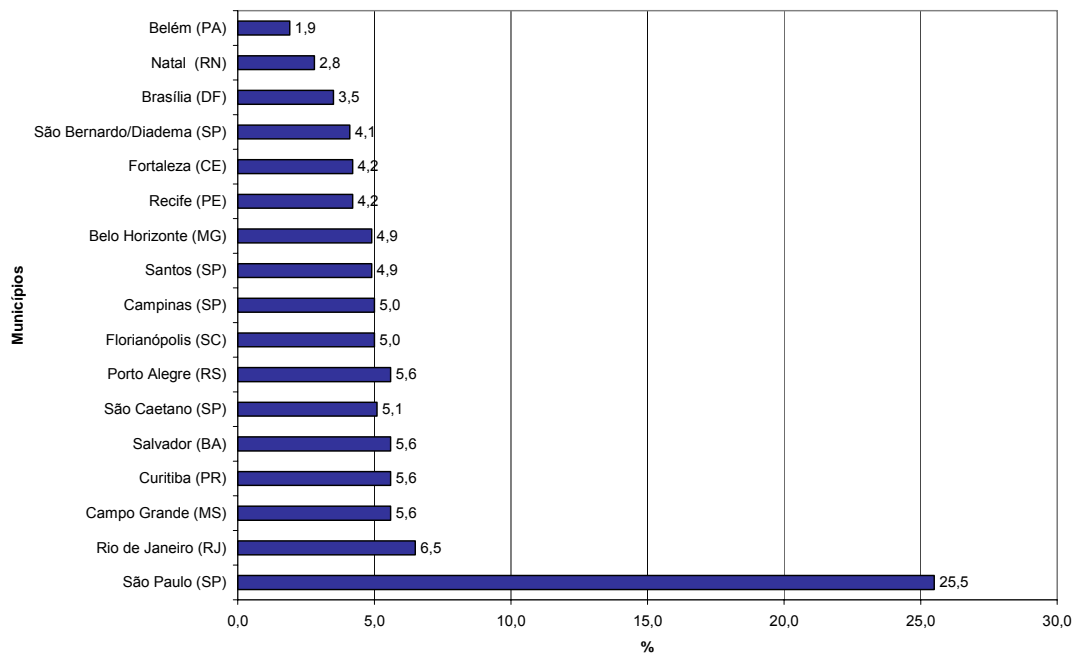
**Gráfico 2 –** Distribuição da porcentagem (%) dos indivíduos de acordo com a Unidade da Federação. Brasil, 2003.



Fonte: Estudo da Vida Sexual do Brasileiro (EVSB), 2003.

O Gráfico 3 detalha as porcentagens dos indivíduos de acordo com cada localidade pesquisada.

**Gráfico 3 –** Distribuição da porcentagem (%) dos indivíduos de acordo com os locais pesquisados. Brasil, 2003.



Fonte: Estudo da Vida Sexual do Brasileiro (EVSB), 2003.

A amostra utilizada no estudo foi composta em sua maioria por homens, casados, da raça branca e com nível de escolaridade superior completo ou incompleto (Tabelas 1, 2, 3, 4 e 5).

**Tabela 1** - Distribuição do número (Nº.) e da porcentagem (%) dos indivíduos, de acordo com variáveis sócio-demográficas dos estados da Região Sudeste (SP, RJ e MG). Brasil, 2003.

	SP		RJ		MG	
	Nº.	(%)	Nº.	(%)	Nº.	(%)
<b>Gênero</b>						
Feminino	1.511	48,0	239	52,0	133	39,0
Masculino	1.619	52,0	222	48,0	208	61,0
<b>Total</b>	<b>3.130</b>	<b>100,0</b>	<b>461</b>	<b>100,0</b>	<b>341</b>	<b>100,0</b>
<b>Estado Civil</b>						
Casado / amasiado	1.673	54,0	245	53,0	112	33,0
Solteiro	1.050	34,0	116	25,0	197	58,0
Separado / divorciado	307	10,0	79	17,0	27	8,0
Viúvo	96	3,0	24	5,0	4	1,0
<b>Total</b>	<b>3126</b>	<b>100,0</b>	<b>464</b>	<b>100,0</b>	<b>340</b>	<b>100,0</b>
<b>Raça</b>						
Branca	2.543	82,0	393	85,0	217	66,0
Negra	148	5,0	20	4,0	24	7,0
Parda	313	10,0	45	10,0	71	21,0
Amarela	89	2,0	2	0,0	8	2,5
Outra	25	1,0	3	1,0	11	3,5
<b>Total</b>	<b>3.118</b>	<b>100,0</b>	<b>463</b>	<b>100,0</b>	<b>331</b>	<b>100,0</b>
<b>Escolaridade</b>						
Superior completa	1.149	37,0	244	53,0	78	23,0
Superior incompleta	457	15,0	78	17,0	77	23,0
2o. completo	863	27,0	84	18,0	95	28,0
2o. incompleto	305	10,0	21	5,0	36	11,0
1o. completo	170	5,0	19	3,5	23	6,5
1o. incompleto	179	6,0	18	3,5	30	8,5
<b>Total</b>	<b>3.123</b>	<b>100,0</b>	<b>464</b>	<b>100,0</b>	<b>339</b>	<b>100,0</b>

Valor de p para gênero (feminino ou masculino); estado civil; raça e escolaridade  $p \leq 0,001$ .

Fonte: Estudo da Vida Sexual do Brasileiro (EVSB), 2003.

**Tabela 2 -** Distribuição do número (Nº.) e da porcentagem (%) dos indivíduos, de acordo com variáveis sócio-demográficas dos estados da Região Nordeste (BA, PE, RN, e CE). Brasil, 2003

	BA		PE		RN		CE	
	Nº.	(%)	Nº.	(%)	Nº.	(%)	Nº.	(%)
<b>Gênero</b>								
Feminino	144	37,0	116	39,0	108	56,0	133	46,0
Masculino	247	63,0	180	61,0	86	44,0	159	54,0
<b>Total</b>	<b>391</b>	<b>100,0</b>	<b>296</b>	<b>100,0</b>	<b>194</b>	<b>100,0</b>	<b>292</b>	<b>100,0</b>
<b>Estado Civil</b>								
Casado / amasiado	181	47,0	119	40,0	80	41,0	142	48,0
Solteiro	161	42,0	160	53,0	100	52,0	120	41,0
Separado / divorciado	37	104,0	13	4,0	14	7,0	32	11,0
Viúvo	8	1,0	8	3,0	0	0,0	1	0,0
<b>Total</b>	<b>391</b>	<b>100,0</b>	<b>300</b>	<b>100,0</b>	<b>194</b>	<b>100,0</b>	<b>295</b>	<b>100,0</b>
<b>Raça</b>								
Branca	149	39,0	180	60,0	127	66,0	192	66,0
Negra	92	24,0	28	9,0	13	7,0	25	9,0
Parda	131	34,0	70	23,0	35	18,0	56	19,0
Amarela	7	2,0	5	2,0	7	3,5	8	3,0
Outra	3	1,0	18	6,0	11	5,5	10	3,0
<b>Total</b>	<b>382</b>	<b>100,0</b>	<b>301</b>	<b>100,0</b>	<b>193</b>	<b>100,0</b>	<b>291</b>	<b>100,0</b>
<b>Escolaridade</b>								
Superior completa	77	20,0	62	21,0	56	29,0	87	30,0
Superior incompleta	52	13,0	48	16,0	56	29,0	61	21,0
2o. completo	154	40,0	107	36,0	63	32,0	74	26,0
2o. incompleto	47	12,0	34	11,0	13	7,0	23	8,0
1o. completo	20	5,5	22	7,0	2	1,0	15	5,0
1o. incompleto	36	9,5	28	9,0	4	2,0	30	10,0
<b>Total</b>	<b>386</b>	<b>100,0</b>	<b>301</b>	<b>100,0</b>	<b>194</b>	<b>100,0</b>	<b>290</b>	<b>100,0</b>

Valor de p para gênero (feminino ou masculino); estado civil; raça e escolaridade  $p \leq 0,001$ .

Fonte: Estudo da Vida Sexual do Brasileiro (EVSB) 2003.



**Tabela 3 -** Distribuição do número (Nº.) e da porcentagem (%) dos indivíduos, de acordo com variáveis sócio-demográficas dos estados da Região Sul (PR, SC e RS). Brasil, 2003.

	PR		SC		RS	
	Nº.	(%)	Nº.	(%)	Nº.	(%)
<b>Gênero</b>						
Feminino	162	41,0	162	46,0	170	43,0
Masculino	233	59,0	191	54,0	224	57,0
<b>Total</b>	<b>395</b>	<b>100,0</b>	<b>353</b>	<b>100,0</b>	<b>394</b>	<b>100,0</b>
<b>Estado Civil</b>						
Casado / amasiado	224	57,0	183	52,0	179	45,0
Solteiro	130	33,0	122	35,0	158	40,0
Separado / divorciado	39	10,0	40	11,0	50	13,0
Viúvo	2	0,0	7	2,0	7	2,0
<b>Total</b>	<b>395</b>	<b>100,0</b>	<b>352</b>	<b>100,0</b>	<b>394</b>	<b>100,0</b>
<b>Raça</b>						
Branca	334	85,0	297	85,0	352	90,0
Negra	17	4,0	27	8,0	16	4,0
Parda	32	8,5	19	5,0	16	4,0
Amarela	8	2,5	2	1,0	1	0,0
Outra	1	0,0	5	1,0	6	2,0
<b>Total</b>	<b>392</b>	<b>100,0</b>	<b>350</b>	<b>100,0</b>	<b>391</b>	<b>100,0</b>
<b>Escolaridade</b>						
Superior completa	165	42,0	114	33,0	160	41,0
Superior incompleta	64	16,0	86	25,0	109	28,0
2o. completo	85	22,0	91	26,0	65	17,0
2o. incompleto	42	11,0	27	8,0	26	7,0
1o. completo	21	5,0	18	4,5	12	2,5
1o. incompleto	15	4,0	13	3,5	20	4,5
<b>Total</b>	<b>392</b>	<b>100,0</b>	<b>349</b>	<b>100,0</b>	<b>392</b>	<b>100,0</b>

Valor de p para gênero (feminino ou masculino); estado civil; raça e escolaridade  $p \leq 0,001$ .  
 Fonte: Estudo da Vida Sexual do Brasileiro (EVSB), 2003.

**Tabela 4 -** Distribuição do número (Nº.) e da porcentagem (%) dos indivíduos, de acordo com variáveis sócio-demográficas dos estados da Região Centro Oeste (MS e DF). Brasil, 2003.

	MS		DF	
	Nº.	(%)	Nº.	(%)
<b>Gênero</b>				
Feminino	162	41,0	85	35,0
Masculino	236	59,0	160	65,0
<b>Total</b>	398	100,0	245	100,0
<b>Estado Civil</b>				
Casado / amasiado	203	51,0	93	38,0
Solteiro	164	41,0	124	50,0
Separado / divorciado	27	7,0	27	11,0
Viúvo	4	1,0	2	1,0
<b>Total</b>	398	100,0	246	100,0
<b>Raça</b>				
Branca	225	59,0	157	64,0
Negra	39	10,0	20	8,0
Parda	88	23,0	54	22,5
Amarela	20	5,5	10	4,5
Outra	7	2,5	3	1,0
<b>Total</b>	379	100,0	244	100,0

(continua)

(continua)

	MS		DF	
	Nº.	(%)	Nº.	(%)
<b>Escolaridade</b>				
Superior completa	65	17,0	75	30,0
Superior incompleta	81	21,0	72	29,0
2o. completo	109	28,0	68	28,0
2o. incompleto	53	13,0	19	8,0
1o. completo	30	7,5	7	5,0
1o. incompleto	55	13,5	5	10,0
<b>Total</b>	<b>393</b>	<b>100,0</b>	<b>246</b>	<b>100,0</b>

Valor de p para gênero (feminino ou masculino); estado civil; raça e escolaridade  $p \leq 0,001$ .

Fonte: Estudo da Vida Sexual do Brasileiro (EVSB), 2003.

**Tabela 5** - Distribuição do número (Nº.) e da porcentagem (%) dos indivíduos, de acordo com variáveis sócio-demográficas dos estados da Região Norte (PA). Brasil, 2003.

	PA	
	Nº.	(%)
<b>Gênero</b>		
Feminino	65	49,0
Masculino	67	51,0
<b>Total</b>	132	100,0
<b>Estado Civil</b>		
Casado / amasiado	88	67,0
Solteiro	30	23,0
Separado / divorciado	11	8,0
Viúvo	3	2,0
<b>Total</b>	132	100,0
<b>Raça</b>		
Branca	83	64,0
Negra	3	2,0
Parda	43	33,0
Amarela	1	1,0
Outra	0	0,0
<b>Total</b>	130	100,0
<b>Escolaridade</b>		
Superior completa	68	53,0
Superior incompleta	12	9,0
2o. completo	34	26,0
2o. incompleto	4	3,0
1o. completo	7	5,5
1o. incompleto	4	3,5
<b>Total</b>	129	100,0

Valor de p para gênero (feminino ou masculino); estado civil; raça e escolaridade  $p \leq 0,001$ .

Fonte: Estudo da Vida Sexual do Brasileiro (EVSB), 2003.

As médias de idade dos indivíduos da amostra apresentaram pouca variação nos diferentes estados da federação pesquisados. No entanto, conforme mostra a Tabela 6, a amostra do RJ foi constituída por mulheres mais velhas e a de PE e RN, por mulheres mais novas. Para os homens, a amostra do RJ e PA foi composta de indivíduos mais velhos. Em PE e RN, à semelhança da amostra feminina, apresentou menor idade média.

**Tabela 6 -** Medidas descritivas das idades, segundo gênero e estados da Federação (SP, RJ, MG). Brasil, 2003.

Gênero	SP	RJ	MG
	Nº.	Nº.	Nº.
<b>Mulheres</b>			
N	1.491	239	132
Média	38,4	44,7	30,2
Mediana	37	45	25
Desvio padrão	14,1	15,8	12,5
Mínimo	18	18	18
Máximo	95	78	78
<b>Homens</b>			
N	1.591	220	203
Média	40,0	48,3	32,9
Mediana	38	48	29
Desvio padrão	14,6	16,1	12,9
Mínimo	18	20	18
Máximo	87	82	73

(continua)

(conclusão)

<b>Gênero</b>	<b>SP</b>	<b>RJ</b>	<b>MG</b>
	<b>Nº.</b>	<b>Nº.</b>	<b>Nº.</b>
<b>Total</b>			
N	3.082	459	335
Média	39,2	46,4	31,8
Mediana	38	47	28
Desvio padrão	14,4	16,1	12,8
Mínimo	18	18	18
Máximo	95	82	78

$p \leq 0,001$ .

Fonte: Estudo da Vida Sexual do Brasileiro (EVSB), 2003.

**Tabela 7 -** Medidas descritivas das idades, segundo gênero e estados da Federação (BA, PE, RN, CE). Brasil, 2003.

Gênero	BA	PE	RN	CE
	Nº.	Nº.	Nº.	Nº.
<b>Mulheres</b>				
N	142	111	108	131
Média	36,2	29,8	29,7	33,0
Mediana	34	27	27	30
Desvio padrão	13,2	10,0	9,3	11,7
Mínimo	18	18	18	18
Máximo	83	63	58	71
<b>Homens</b>				
N	239	176	86	157
Média	38,4	31,5	31,3	35,7
Mediana	35	29	28,5	34
Desvio padrão	14,8	10,0	10,5	11,9
Mínimo	18	18	18	18
Máximo	79	64	65	78
<b>Total</b>				
N	381	287	194	288
Média	37,5	30,8	30,4	34,4
Mediana	35	28	28	33
Desvio padrão	14,2	10,0	9,9	11,8
Mínimo	18	18	18	18
Máximo	83	64	65	78

$p \leq 0,001$ .

Fonte: Estudo da Vida Sexual do Brasileiro (EVSB), 2003.

**Tabela 8 -** Medidas descritivas das idades, segundo gênero e estados da Federação (PR, SC, RS). Brasil, 2003.

Gênero	PR	SC	RS
	Nº.	Nº.	Nº.
<b>Mulheres</b>			
N	160	161	167
Média	34,7	35,7	36,0
Mediana	33	35	34
Desvio padrão	11,5	12,6	13,0
Mínimo	18	18	18
Máximo	76	74	70
<b>Homens</b>			
N	232	189	222
Média	35,4	36,9	37,0
Mediana	34	37	35
Desvio padrão	11,1	12,5	13,0
Mínimo	18	18	18
Máximo	81	82	77
<b>Total</b>			
N	392	350	389
Média	35,1	36,4	36,5
Mediana	33	36	35
Desvio padrão	11,3	12,5	13,0
Mínimo	18	18	18
Máximo	81	82	77

$p \leq 0,001$ .

Fonte: Estudo da Vida Sexual do Brasileiro (EVSB), 2003.



**Tabela 9 -** Medidas descritivas das idades, segundo gênero e estados da Federação (MS e DF). Brasil, 2003.

Gênero	MS	DF
	Nº.	Nº.
<b>Mulheres</b>		
N	159	84
Média	31,9	34,4
Mediana	29	32,5
Desvio padrão	11,6	12,1
Mínimo	18	20
Máximo	67	88
<b>Homens</b>		
N	233	160
Média	33,6	32,2
Mediana	30	29
Desvio padrão	12,7	11,3
Mínimo	18	18
Máximo	76	64
<b>Total</b>		
N	392	244
Média	32,9	33,0
Mediana	29	30
Desvio padrão	12,3	11,6
Mínimo	18	18
Máximo	76	88

$p \leq 0,001$ .

Fonte: Estudo da Vida Sexual do Brasileiro (EVSB), 2003.

**Tabela 10** - Medidas descritivas das idades, segundo gênero e estados da Federação (PA). Brasil, 2003.

Gênero	PA
	Nº.
<b>Mulheres</b>	
N	63
Média	40,8
Mediana	42
Desvio padrão	10,3
Mínimo	18
Máximo	72
<b>Homens</b>	
N	67
Média	45,5
Mediana	48
Desvio padrão	12,6
Mínimo	21
Máximo	70
<b>Total</b>	
N	130
Média	43,2
Mediana	44
Desvio padrão	11,7
Mínimo	18
Máximo	72

p ≤ 0,001.  
 Fonte: Estudo da Vida Sexual do Brasileiro (EVSB), 2003.

## 5.2 Comportamento sexual não convencional: aspectos sócio-demográficos

O comportamento sexual não convencional foi muito mais prevalente entre os homens do que entre as mulheres. Mais da metade dos homens referiu comportamento sexual não convencional. Para as mulheres, praticamente um terço delas referiram esse comportamento (Tabela 11).

**Tabela 11** Distribuição do número (Nº.) e da porcentagem (%) dos indivíduos, de acordo com o gênero e a presença de sexo não convencional. Brasil, 2003.

Gênero	SEXO NÃO CONVENCIONAL						Valor de p
	Não		Sim		Total		
	Nº.	%	Nº.	%	Nº.	%	
<b>Feminino</b>	1.794	69,6	784	30,4	2.578	100,0	p < 0,001
<b>Masculino</b>	1.512	47,7	1.661	52,3	3.173	100,0	
<b>Total</b>	3.306	57,5	2.445	42,5	5.751	100,0	

Fonte: Estudo da Vida Sexual do Brasileiro (EVSB), 2003.

A atividade sexual não convencional mais referida na amostra foi o fetiche e o comportamento voyeurista, as quais apresentaram porcentagens bastante próximas. As atividades menos praticadas foram sexo com animais e troca de casais (Tabela 12).

**Tabela 12** Distribuição do número (Nº.) e da porcentagem (%) dos indivíduos, de acordo com o tipo de comportamento sexual não convencional. Brasil, 2003.

Comportamento sexual	Nº.	(% )	Total	
			Nº.	%
Fetichê	778	13,4	5.803	100,0
Comportamento voyeurista	754	13,0	5.801	100,0
Incesto	649	11,3	5.767	100,0
Sexo a três	622	10,9	5.705	100,0
Comportamento exibicionista	535	9,3	5.765	100,0
Comportamento sadomasoquista	523	9,0	5.796	100,0
Sexo grupal	443	7,7	5.738	100,0
Receber dinheiro por sexo	274	4,8	5.758	100,0
Relação com animais	181	3,2	5.722	100,0
Troca de casais	174	3,1	5.678	100,0

Fonte: Estudo da Vida Sexual do Brasileiro (EVSB), 2003.

As regiões Centro-Oeste e Nordeste foram as que apresentaram a maior freqüência referida de comportamento sexual não convencional. Praticamente metade da população referiu o comportamento. A região Sudeste, por sua vez, foi a que apresentou a menor freqüência de comportamento sexual não convencional. Sul e Norte do País apresentaram índices intermediários e praticamente iguais (Tabela 13).

**Tabela 13** - Distribuição do número (Nº.) e da porcentagem (%) dos homens e das mulheres, segundo a região do Brasil e a presença de sexo não convencional. Brasil, 2003.

Região	SEXO NÃO CONVENCIONAL						Valor de p
	Não		Sim		Total		
	Nº.	%	Nº.	%	Nº.	%	
<b>Sudeste</b>	1.870	60,4	1.224	39,6	3.094	100,0	p < 0,001
<b>Nordeste</b>	517	50,7	501	49,3	1.018	100,0	
<b>Sul</b>	554	57,6	407	42,4	961	100,0	
<b>Centro-Oeste</b>	265	50,1	264	49,9	529	100,0	
<b>Norte</b>	62	57,9	45	42,1	107	100,0	
<b>Total</b>	3.268	57,3	2.441	42,7	5.709	100,0	

Fonte: Estudo da Vida Sexual do Brasileiro (EVSB), 2003.

Observando esta mesma distribuição e dividindo a amostra por gênero, encontramos resultados distintos. Em relação às mulheres, o Rio de Janeiro contou com o maior índice de comportamento sexual não convencional, seguido de perto pelo Ceará. Já para os homens, a tendência da frequência de comportamento sexual não convencional maior no Centro-Oeste e Nordeste foi mantida. Os maiores índices de comportamento sexual não convencional para homens ocorreram no Rio Grande do Norte, Bahia e Mato Grosso do Sul (Tabela 14).

**Tabela 14** Distribuição do número (N<sup>o</sup>) e da porcentagem (%) da presença de comportamento sexual não convencional, de acordo com o gênero e o estado da Federação. Brasil, 2003.

UF	Mulheres		Homens		Total	
	N <sup>o</sup> .	(%)	N <sup>o</sup> .	%	N <sup>o</sup> .	%
<b>SP</b>	334	27,6	609	46,2	943	37,3
<b>BA</b>	41	36,6	131	62,7	172	53,6
<b>RJ</b>	74	39,8	90	55,6	164	47,1
<b>PE</b>	35	34,7	81	51,6	116	45,0
<b>PR</b>	32	26,0	103	52,6	135	42,3
<b>MG</b>	37	34,6	99	56,6	136	48,2
<b>RN</b>	29	29,3	50	64,9	79	44,9
<b>PA</b>	15	28,3	30	55,6	45	42,1
<b>MS</b>	41	31,3	116	61,1	157	48,9
<b>SC</b>	45	32,8	76	45,8	121	39,9
<b>DF</b>	23	32,9	82	60,3	105	51,0
<b>CE</b>	43	38,1	82	59,4	125	49,8
<b>RS</b>	35	25,4	112	57,4	147	44,1
<b>TOTAL</b>	784	30,4	1.661	52,3	2.445	42,5

Fonte: Estudo da Vida Sexual do Brasileiro (EVSB), 2003.

A distribuição dos indivíduos de acordo com o tipo de comportamento sexual não convencional e a região do País mostrou que há elevado índice de incesto na região Centro-Oeste do País e de

comportamentos sadomasoquistas na região Norte do Brasil. Apesar da população estudada ter sido urbana, em regiões onde há historicamente mais população oriunda de zonas rurais, o sexo com animais foi mais prevalente, como ocorreu nas regiões Nordeste e Centro-Oeste (Tabelas 15, 16 e 17).

**Tabela 15** Distribuição do número (Nº.) e da porcentagem (%) dos indivíduos, de acordo com o tipo de comportamento sexual não convencional e a região do País. Brasil, 2003.

Comportamento Sexual	Sudeste				Sul			
	Nº.	%	Total	%	Nº.	%	Total	%
<b>Fetichê</b>	387	12,1	3.189	100,0	147	15,3	961	100,0
<b>Atos voyeuristas</b>	388	12,2	3.185	100,0	97	10,1	958	100,0
<b>Incesto</b>	299	9,5	3.161	100,0	112	11,7	957	100,0
<b>Sexo à tres</b>	294	9,4	3.129	100,0	121	12,8	948	100,0
<b>Atos exibicionistas</b>	266	8,4	3.164	100,0	70	7,4	950	100,0
<b>Sadomasoquismo</b>	255	8,0	3.186	100,0	90	9,4	955	100,0
<b>Sexo grupal</b>	197	6,3	3.137	100,0	86	9,0	956	100,0
<b>Receber dinheiro por sexo</b>	127	4,0	3.152	100,0	44	4,6	961	100,0
<b>Sexo com animais</b>	83	2,6	3.134	100,0	26	2,7	949	100,0
<b>Troca de casais</b>	74	2,4	3.103	100,0	33	3,5	943	100,0

Fonte: Estudo da Vida Sexual do Brasileiro (EVSB), 2003.

**Tabela 16** Distribuição do número (Nº.) e da porcentagem (%) dos indivíduos, de acordo com o tipo de comportamento sexual não convencional e a região do País. Brasil, 2003.

Comportamento Sexual	Nordeste				Norte			
	Nº.	%	Total	%	Nº.	%	Total	%
Fetichismo	147	14,3	1.028	100,0	13	12,5	104	100,0
Atos voyeuristas	167	16,2	1.029	100,0	15	14,3	105	100,0
Incesto	143	13,9	1.030	100,0	8	7,8	103	100,0
Sexo a três	127	12,5	1.015	100,0	7	6,8	103	100,0
Atos exibicionistas	136	13,2	1.027	100,0	10	9,5	105	100,0
Sadomasoquismo	113	11,0	1.024	100,0	14	13,2	106	100,0
Sexo grupal	96	9,4	1.023	100,0	8	7,6	105	100,0
Receber dinheiro por sexo	58	5,7	1.025	100,0	7	6,5	107	100,0
Sexo com animais	46	4,5	1.023	100,0	3	2,9	103	100,0
Troca de casais	45	4,4	1.020	100,0	3	2,9	104	100,0

Fonte: Estudo da Vida Sexual do Brasileiro (EVSB), 2003.

**Tabela 17 -** Distribuição do número (Nº.) e da porcentagem (%) dos indivíduos da região Centro-Oeste, de acordo com o tipo de comportamento sexual não convencional. Brasil, 2003.

Comportamento Sexual	Centro-Oeste			
	Nº.	%	Total	%
Fetichismo	84	16,1	521	100,0
Atos voyeuristas	87	16,6	524	100,0
Incesto	87	16,9	516	100,0
Sexo a três	73	14,3	510	100,0
Atos exibicionistas	53	10,2	519	100,0
Sadomasoquismo	51	9,7	525	100,0
Sexo grupal	56	10,8	517	100,0
Receber dinheiro por sexo	38	7,4	513	100,0
Sexo com animais	23	4,5	513	100,0
Troca de casais	19	3,7	508	100,0

Fonte: Estudo da Vida Sexual do Brasileiro (EVSB), 2003.



Os indivíduos que referiram sexo não convencional foram mais jovens, em média, do que aqueles que não referiram este comportamento, conforme ilustra a Tabela 18.

**Tabela 18** - Medidas descritivas das idades, segundo o gênero e a presença de sexo convencional ou não convencional. Brasil, 2003.\*

Sexo	Tipo de Sexo	Nº.	Média	Desvio-Padrão	Mediana	Mín.	Máx.
Feminino	Não convencional	773	35,0	12,6	33	18	95
	Convencional	1.773	35,9	13,0	34	18	83
	<b>Total</b>	2.546	35,6	12,9	33	18	95
Masculino	Não convencional	1.640	36,5	13,5	34	18	83
	Convencional	1.495	37,8	13,7	36	18	83
	<b>Total</b>	3.135	37,2	13,6	35	18	83
<b>Total</b>	Não convencional	2.546	36,0	13,2	34	18	95
	Convencional	3.135	36,8	13,3	35	18	83
	<b>Total</b>	5.681	36,5	13,3	34	18	95

Comparação entre os sexos:  $p < 0,001$

Comparação entre a presença ou não de sexo não convencional:  $p = 0,002$

\* A comparação entre as idades médias, segundo gênero e sexo não convencional foi realizada, utilizando-se um modelo de análise de variância (ANOVA) com dois fatores (gênero e sexo não convencional).

Fonte: Estudo da Vida Sexual do Brasileiro (EVSB), 2003.

Entre os homens existiu notória diminuição da frequência de comportamento sexual não convencional conforme aumenta a idade. Já para as mulheres, encontramos maior frequência do comportamento entre a faixa correspondente a 26 e 40 anos e entre as mais velhas, de 61 anos ou mais (Tabela 19).

**Tabela 19** - Distribuição do número (Nº.) e da porcentagem (%) dos homens e das mulheres, segundo a faixa etária e a presença de sexo não convencional. Brasil, 2003.

Faixa Etária (anos)	SEXO NÃO CONVENCIONAL						Valor de p
	Não		Sim		Total		
	Nº.	%	Nº.	%	Nº.	%	
<b>Mulheres</b>							
<b>Até 25</b>	508	71,1	206	28,9	714	100,0	
<b>26-40</b>	625	65,4	330	34,6	955	100,0	
<b>41-60</b>	571	73,7	204	26,3	775	100,0	p=0,002
<b>61 ou mais</b>	69	67,6	33	32,4	102	100,0	
<b>Total</b>	1.773	69,6	773	30,4	2.546	100,0	
<b>Homens</b>							
<b>Até 25</b>	317	42,7	426	57,3	743	100,0	
<b>26-40</b>	608	48,3	650	51,7	1.258	100,0	
<b>41-60</b>	464	50,2	460	49,8	924	100,0	p=0,013
<b>61 ou mais</b>	106	50,5	104	49,5	210	100,0	
<b>Total</b>	1.495	47,7	1.640	52,3	3.135	100,0	

Fonte: Estudo da Vida Sexual do Brasileiro (EVSB), 2003.

Em relação à raça, observamos que as mulheres negras e de outras raças (amarela e indígena) apresentaram maior frequência de comportamento sexual não convencional. Homens negros e pardos foram os que mais referiram esse comportamento (Tabela 20).

**Tabela 20** - Distribuição do número (Nº.) e da porcentagem (%) dos homens e das mulheres, segundo a raça e a presença de sexo não convencional. Brasil, 2003.

Raça	SEXO NÃO CONVENCIONAL						Valor de p
	Não		Sim		Total		
	Nº.	%	Nº.	%	Nº.	%	
<b>Mulheres</b>							
Branca	1.433	71,5	571	28,5	2.004	100,0	p=0,003
Negra	79	62,2	48	37,8	127	100,0	
Parda	198	64,1	111	35,9	309	100,0	
Outros	71	62,8	42	37,2	113	100,0	
<b>Total</b>	<b>1.781</b>	<b>69,8</b>	<b>772</b>	<b>30,2</b>	<b>2.553</b>	<b>100,0</b>	
<b>Homens</b>							
Branca	1.140	49,3	1.170	50,7	2.310	100,0	p<0,001
Negra	94	40,8	136	59,2	230	100,0	
Parda	199	40,8	288	59,2	487	100,0	
Outros	67	60,3	44	39,7	111	100,0	
<b>Total</b>	<b>1.500</b>	<b>47,8</b>	<b>1.638</b>	<b>52,2</b>	<b>3.138</b>	<b>100,0</b>	

Fonte: Estudo da Vida Sexual do Brasileiro (EVSB), 2003.

Quanto ao estado civil, houve diferenças entre os dois gêneros. Enquanto encontramos a menor frequência de comportamento sexual não convencional entre as casadas e as solteiras, para os homens solteiros e casados, encontramos índices bem mais elevados. Para ambos os gêneros, a prevalência de comportamento sexual não convencional foi alta entre amasiados e divorciados (Tabela 21).

**Tabela 21** - Distribuição do número (Nº.) e da percentagem (%) dos homens e das mulheres, segundo o estado civil e presença de sexo não convencional. Brasil, 2003.

Estado Civil	SEXO NÃO CONVENCIONAL						Valor de p
	Não		Sim		Total		
	Nº.	%	Nº.	%	Nº.	%	
<b>Mulheres</b>							
Casada	677	76,7	205	23,3	882	100,0	p < 0,001
Amasiada	176	60,9	113	39,1	289	100,0	
Solteira	701	68,5	322	31,5	1.023	100,0	
Divorciada	185	61,4	116	38,6	301	100,0	
Viúva	50	64,9	27	35,1	77	100,0	
<b>Total</b>	<b>1.789</b>	<b>69,6</b>	<b>783</b>	<b>30,4</b>	<b>2.572</b>	<b>100,0</b>	
<b>Homens</b>							
Casado	689	53,3	603	46,7	1.292	100,0	p < 0,001
Amasiado	164	46,2	191	53,8	355	100,0	
Solteiro	527	43,6	680	56,3	1.207	100,0	
Divorciado	110	39,4	169	60,6	279	100,0	
Viúvo	14	53,8	12	46,2	26	100,0	
<b>Total</b>	<b>1.504</b>	<b>47,6</b>	<b>1655</b>	<b>52,4</b>	<b>3.159</b>	<b>100,0</b>	

Fonte: Estudo da Vida Sexual do Brasileiro (EVSB), 2003.

O grau de escolaridade influenciou a frequência de comportamento sexual nesta amostra. Quanto menor a escolaridade do indivíduo maior foi a frequência do comportamento (Tabela 22).

**Tabela 22-** Distribuição do número (Nº.) e da porcentagem (%) dos homens e das mulheres, segundo o grau de escolaridade e a presença de sexo não convencional. Brasil, 2003.

Grau de escolaridade	SEXO NÃO CONVENCIONAL						Valor de p
	Não		Sim		Total		
	Nº.	%	Nº.	%	Nº.	%	
<b>Mulheres</b>							
Superior	1.068	72,2	411	27,8	1.479	100,0	p<0,001
Médio	603	68,6	276	31,4	879	100,0	
Fundamental	112	55,7	89	44,3	201	100,0	
<b>Total</b>	<b>1.783</b>	<b>69,7</b>	<b>776</b>	<b>30,3</b>	<b>2.559</b>	<b>100,0</b>	
<b>Homens</b>							
Superior	826	49,9	827	50,1	1.653	100,0	p=0,002
Médio	536	46,4	619	53,6	1155	100,0	
Fundamental	139	40,0	208	60,0	347	100,0	
<b>Total</b>	<b>1.501</b>	<b>47,6</b>	<b>1.654</b>	<b>52,4</b>	<b>3.155</b>	<b>100,0</b>	

Fonte: Estudo da Vida Sexual do Brasileiro (EVSB), 2003.

A presença de um credo religioso não influenciou a frequência de histórico de comportamento sexual não convencional, nos indivíduos da amostra (Tabela 23).

**Tabela 23** - Distribuição do número (Nº.) e da porcentagem (%) dos homens e das mulheres, segundo a presença de afiliação religiosa e de sexo não convencional. Brasil, 2003.

Afiliação religiosa	SEXO NÃO CONVENCIONAL						Valor de p
	Não		Sim		Total		
	Nº.	%	Nº.	%	Nº.	%	
<b>Mulheres</b>							
Não	150	73,5	54	26,5	204	100,0	p=0,194
Sim	1.633	69,1	728	30,9	2.361	100,0	
Total	1.783	69,5	782	30,5	2.565	100,0	
<b>Homens</b>							
Não	200	48,2	215	51,8	415	100,0	p=0,820
Sim	1.305	47,6	1.437	52,4	2.742	100,0	
Total	1.505	47,7	1.652	52,3	3.157	100,0	

Fonte: Estudo da Vida Sexual do Brasileiro (EVSB), 2003.

### 5.3 Comportamento sexual não convencional: aspectos de saúde física

Para condições clínicas freqüentes, como *diabetes mellitus* e hipertensão arterial sistêmica, não foi encontrada associação estatisticamente significante com comportamento sexual não convencional.

Na parcela da amostra que referiu comportamento sexual não convencional foram encontradas associações significativas com algumas condições clínicas que apontaram para condições negativas de saúde (uso de álcool, uso de tabaco) e para comportamento sexual de risco (história de

AIDS e de DST), as quais foram mais freqüentemente observadas nos indivíduos que referiram o comportamento sexual não convencional (Tabela 24).

Em mulheres, história de tratamento para câncer de mama e de útero associaram-se significativamente ao relato de comportamento sexual não convencional. Para homens, a hiperplasia e o câncer a de próstata não mudou a freqüência de relato deste comportamento (Tabela 24).

**Tabela 24** - Distribuição do número (Nº.) e da porcentagem (%) dos homens e das mulheres, segundo condições referidas de saúde física e presença de sexo não convencional. Brasil, 2003.

Condição referida	Gênero	SEXO NÃO CONVENCIONAL						Valor de p
		Não		Sim		Total		
		Nº.	%	Nº.	%	Nº.	%	
<b>Diabetes</b>	<b>Mulheres</b>							
	Não	1.482	69,0	665	31,0	2.147	100,0	p=0,179
	Sim	23	59,0	16	41,0	39	100,0	
	Total	1.505	68,8	681	31,2	2.186	100,0	
	<b>Homens</b>							
	Não	1.127	47,8	1.233	52,2	2.360	100,0	p=0,731
	Sim	46	46,0	54	54,0	100	100,0	
	Total	1.173	47,7	1.287	52,3	2.460	100,0	
	<b>Hipertensão arterial</b>	<b>Mulheres</b>						
Não		1.408	69,0	632	31,0	2.040	100,0	p=0,515
Sim		97	66,4	49	33,6	146	100,0	
Total		1.505	68,8	681	31,2	2.186	100,0	
<b>Homens</b>								
Não		1.044	47,4	1.160	52,6	2.204	100,0	p=0,359
Sim		129	50,4	127	49,6	256	100,0	
Total		1.173	47,7	1.287	52,3	2.460	100,0	

(continua)

(continuação)

Condição referida	Gênero	SEXO NÃO CONVENCIONAL						Valor de p
		Não		Sim		Total		
		Nº.	%	Nº.	%	Nº.	%	
Cardiopatias	<b>Mulheres</b>							
	Não	1.479	69,1	661	30,9	2.140	100,0	p=0,068
	Sim	26	56,5	20	43,5	46	100,0	
	Total	1.505	68,8	681	31,2	2.186	100,0	
	<b>Homens</b>							
	Não	1.127	47,5	1.247	52,5	2.374	100,0	p=0,273
Sim	46	53,5	40	46,5	86	100,0		
Total	1.173	47,7	1.287	52,3	2.460	100,0		
AIDS	<b>Mulheres</b>							
	Não	1.700	71,3	684	28,7	2.384	100,0	p=0,198
	Sim	11	57,9	8	42,1	19	100,0	
	Total	1.711	71,2	692	28,8	2.403	100,0	
	<b>Homens</b>							
	Não	1.440	50,5	1.413	49,5	2.853	100,0	p=0,001
Sim	12	26,1	34	73,9	46	100,0		
Total	1.452	50,1	1.447	49,9	2.899	100,0		
DST	<b>Mulheres</b>							
	Não	1.616	72,5	614	27,5	2.230	100,0	p< 0,001
	Sim	144	54,3	121	45,7	265	100,0	
	Total	1.760	70,5	735	29,5	2.495	100,0	
	<b>Homens</b>							
	Não	1.309	52,8	1.168	47,2	2.477	100,0	p< 0,001
Sim	179	31,4	391	68,6	570	100,0		
Total	1.488	48,8	1.559	51,2	3.047	100,0		

(continua)



(continuação)

Condição referida	Gênero	SEXO NÃO CONVENCIONAL						Valor de p
		Não		Sim		Total		
		Nº.	%	Nº.	%	Nº.	%	
	<b>Mulheres</b>							
Câncer de útero	Não	1.463	69,4	645	30,6	2.108	100,0	p=0,004
	Sim	42	53,8	36	46,2	78	100,0	
	Total	1.505	68,8	681	31,2	2.186	100,0	
	<b>Mulheres</b>							
Câncer de mama	Não	1.456	69,3	644	30,7	2.100	100,0	p=0,015
	Sim	49	57,0	37	43,0	86	100,0	
	Total	1.505	68,8	681	31,2	2.186	100,0	
	<b>Homens</b>							
Hiperplasia de próstata	Não	1.140	47,7	1.248	52,3	2.388	100,0	p=0,750
	Sim	33	45,8	39	54,2	72	100,0	
	Total	1.173	47,7	1.287	52,3	2.460	100,0	
	<b>Homens</b>							
Câncer de próstata	Não	1.156	47,9	1.257	52,1	2.413	100,0	p=0,111
	Sim	17	36,2	30	63,8	47	100,0	
	Total	1.173	47,7	1.287	52,3	2.460	100,0	
	<b>Mulheres</b>							
Uso de tabaco	Não	1.341	72,2	516	27,8	1.857	100,0	p<0,001
	Sim	240	58,3	172	41,7	412	100,0	
	Ex	169	66,8	84	33,2	253	100,0	
	Total	1.750	69,4	772	30,6	2.522	100,0	
	<b>Homens</b>							
Não	1.088	51,1	1.043	48,9	2.131	100,0	p<0,001	
Sim	215	36,3	378	63,7	593	100,0		
Ex	178	46,0	209	54,0	387	100,0		
Total	1.481	47,6	1.630	52,4	3.111	100,0		

(continua)

(conclusão)

Condição referida	Gênero	SEXO NÃO CONVENCIONAL						Valor de p
		Não		Sim		Total		
		Nº.	%	Nº.	%	Nº.	%	
Uso de álcool	<b>Mulheres</b>							
	Não	1.152	53,4	418	26,6	1.570	100,0	p<0,001
	Sim	596	64,6	327	35,4	923	100,0	
	Ex	22	44,9	27	55,1	49	100,0	
	Total	1.770	69,6	772	30,4	2.542	100,0	
	<b>Homens</b>							
	Não	659	52,7	592	47,3	1.251	100,0	p<0,001
	Sim	776	44,8	956	55,2	1.732	100,0	
	Ex	53	39,0	83	61,0	136	100,0	
	Total	1.488	47,7	1.631	52,3	3.119	100,0	

Fonte: Estudo da Vida Sexual do Brasileiro (EVSB), 2003.

#### 5.4 Comportamento sexual não convencional: aspectos de saúde mental

Indivíduos que auto-referiram tratamento de depressão e quadros ansiosos (ansiedade generalizada, pânico ou fobias) não apresentaram aumento estatisticamente significante da frequência de comportamento sexual não convencional. Foi encontrada associação estatisticamente significante entre indivíduos que referiram tratamento para estresse após algum evento traumático e relato de comportamento sexual não convencional (Tabela 25).

Uso de drogas e tratamento para dependência por álcool se associaram ao comportamento sexual não convencional, em ambos os gêneros. Para homens, tratamento para dependência por tabaco associou-se ao comportamento sexual não convencional, enquanto para mulheres esta associação ocorreu para histórico de tratamento para dependência por drogas (Tabela 25).

**Tabela 25-** Distribuição do número (Nº.) e da porcentagem (%) dos homens e das mulheres, segundo aspectos de saúde mental e sexo não convencional. Brasil, 2003.

Aspectos de saúde mental	Gênero	SEXO NÃO CONVENCIONAL						Valor de p
		Não		Sim		Total		
		Nº.	%	Nº.	%	Nº.	%	
Depressão	<b>Mulheres</b>							
	Não	1.332	69,5	585	30,5	1.917	100,0	p=0,086
	Sim	173	64,3	96	35,7	269	100,0	
	Total	1.505	68,8	681	31,2	2.186	100,0	
	<b>Homens</b>							
	Não	1.100	47,8	1.202	52,2	2.302	100,0	p=0,700
Sim	73	46,2	85	53,8	158	100,0		
Total	1.173	47,7	1.287	52,3	2.460	100,0		
Ansiedade, pânico, fobia	<b>Mulheres</b>							
	Não	1.386	69,2	616	30,8	2.002	100,0	p=0,201
	Sim	119	64,7	65	35,3	184	100,0	
	Total	1.505	68,8	681	31,2	2.186	100,0	
	<b>Homens</b>							
	Não	1.125	48,0	1.217	52,0	2.342	100,0	p=0,118
Sim	48	40,7	70	59,3	118	100,0		
Total	1.173	47,7	1.287	52,3	2.460	100,0		

(continua)

(continuação)

Aspectos de saúde mental	Gênero	SEXO NÃO CONVENCIONAL						Valor de p
		Não		Sim		Total		
		Nº.	%	Nº.	%	Nº.	%	
Tratamento para transtorno do estresse pós-traumático	<b>Mulheres</b>							
	Não	1.397	70,0	600	30,0	1.997	100,0	p< 0,001
	Sim	108	57,1	81	42,9	189	100,0	
	Total	1.505	68,8	681	31,2	2.186	100,0	
	<b>Homens</b>							
	Não	1.122	48,2	1.205	51,8	2.327	100,0	p< 0,027
	Sim	51	38,3	82	61,7	133	100,0	
	Total	1.173	47,7	1.287	52,3	2.460	100,0	
	Tratamento para dependência de álcool	<b>Mulheres</b>						
Não		1.504	69,1	674	30,9	2.178	100,0	p=0,001
Sim		1	12,5	7	87,5	8	100,0	
Total		1.505	68,8	681	31,2	2.186	100,0	
<b>Homens</b>								
Não		1.153	48,0	1.247	52,0	2.400	100,0	p=0,024
Sim		20	33,3	40	66,7	60	100,0	
Total		1.173	47,7	1.287	52,3	2.460	100,0	
Tratamento para dependência por tabaco		<b>Mulheres</b>						
	Não	1.480	69,0	665	31,0	2.145	100,0	p=0,272
	Sim	25	61,0	16	39,0	41	100,0	
	Total	1.505	68,8	681	31,2	2.186	100,0	
	<b>Homens</b>							
	Não	1.154	48,1	1.245	51,9	2.399	100,0	p=0,009
	Sim	19	31,1	42	68,9	61	100,0	
	Total	1.173	47,7	1.287	52,3	2.460	100,0	

(continua)

(conclusão)

Aspectos de saúde mental	Gênero	SEXO NÃO CONVENCIONAL						Valor de p
		Não		Sim		Total		
		Nº.	%	Nº.	%	Nº.	%	
Tratamento para dependência por drogas	<b>Mulheres</b>							
	Não	1.503	69,0	675	31,0	2.178	100,0	p=0,007
	Sim	2	25,0	6	75,0	8	100,0	
	Total	1.505	68,8	681	31,2	2.186	100,0	
	<b>Homens</b>							
	Não	1.164	47,9	1.267	52,1	2.431	100,0	p=0,071
	Sim	9	31,0	20	69,0	29	100,0	
	Total	1.173	47,7	1.287	52,3	2.460	100,0	
	Uso de drogas	<b>Mulheres</b>						
Não		1.711	70,8	706	29,2	2.417	100,0	p< 0,001
Sim		32	41,0	46	69,0	78	100,0	
Total		1.743	69,9	752	30,1	2.495	100,0	
<b>Homens</b>								
Não		1.418	49,0	1.476	51,0	2.894	100,0	p<0,001
Sim		47	26,9	128	73,1	176	100,0	
Total		1.465	47,7	1.604	52,3	3.069	100,0	

Fonte: Estudo da Vida Sexual do Brasileiro (EVSB), 2003.

### 5.5 Comportamento sexual não convencional: aspectos de saúde sexual

Os indivíduos que referiram comportamento sexual não convencional distinguiram-se do restante da amostra em vários aspectos relacionados à sexualidade. A começar pelo número de filhos, referido pelas

mulheres. Estas apresentaram média ligeiramente maior, mas com significância estatística. As pessoas com referência de comportamento sexual não convencional iniciaram a vida sexual cerca de um ano antes, apresentaram maior número de parceiros sexuais ao longo da vida, maior frequência de relações sexuais por semana e desejavam tê-las em maior frequência do que o restante da amostra (Tabela 26).

**Tabela 26** - Distribuição de medidas descritivas do número de filhos, da idade de início da vida sexual, número de parceiros sexuais nos últimos doze meses, número de relações sexuais por semana realizadas e desejadas, segundo o gênero e a presença de sexo não convencional. Brasil, 2003\*.

Gênero	Média	Tipo de sexo	Nº.	Média	Desvio padrão	Mínimo	Máximo	Valor de p
	Filhos	NC	667	1,3	1,7	0,0	21,0	p=0,026
		C	1.504	1,2	1,2	0,0	12,0	
		Total	2.171	1,2	1,4	0,0	21,0	
	Idade de início da vida sexual (anos)	NC	741	18,5	3,9	10,0	47,0	p<0,001
		C	1.658	19,5	3,9	9,0	43,0	
		Total	2.399	19,2	3,9	9,0	47,0	
Feminino	Número de parceiros (as)	NC	741	1,7	2,1	0,0	23,0	p<0,001
		C	1.603	1,2	1,0	0,0	15,0	
		Total	2.317	1,4	1,5		23,0	
	Nº. relações sexuais por semana (realizadas)	NC	702	2,6	2,5	0,0	21,0	p=0,001
		C	1.611	2,3	2,3	0,0	30,0	
		Total	2.313	2,3	2,4	0,0	30,0	
	Nº. relações sexuais por semana (desejadas)	NC	680	5,0	3,9	0,0	40,0	p<0,001
		C	1.559	4,1	3,4	0,0	30,0	
		Total	2.239	4,4	3,6	0,0	40,0	

(continua)

\* NC – Não convencional, C – Convencional

(conclusão)

Gênero	Média	Tipo de sexo	Nº.	Média	Desvio padrão	Mínimo	Máximo	Valor de p
	Filhos	NC	1.382	1,3	1,4	0,0	10,0	p=0,142
		C	1.281	1,4	1,7	0,0	21,0	
		Total	2.663	1,4	1,5	0,0	21,0	
	Idade de início da vida sexual (anos)	NC	1.593	15,5	3,1	6,0	61,0	p<0,001
		C	1.457	16,4	3,0	6,0	43,0	
		Total	3.050	15,9	3,1	6,0	61,0	
Masculino	Número de parceiros (as)	NC	1.530	3,5	6,0	0,0	60,0	p<0,001
		C	1.410	2,0	3,7	0,0	60,0	
		Total	2.940	2,8	5,1	0,0	60,0	
	Nº relações sexuais por semana (realizadas)	NC	1.508	3,4	3,2	0,0	40,0	p=0,001
		C	1.402	3,0	3,0	0,0	41,0	
		Total	2.910	3,2	3,1	0,0	41,0	
	Nº relações sexuais por semana (desejadas)	NC	1.455	6,9	5,4	0,0	50,0	p<0,001
		C	1.372	5,9	4,3	0,0	50,0	
		Total	2.827	6,4	4,9	0,0	50,0	

\* NC – Não convencional, C – Convencional  
 Fonte: Estudo da Vida Sexual do Brasileiro (EVSB), 2003.

Grande número de relações sexuais por semana pode ser sugestivo de comportamento sexual compulsivo. A Tabela 27 mostra que praticamente 60% dos indivíduos com mais de sete orgasmos por semana tiveram comportamento sexual não convencional referido, enquanto menos da metade dos indivíduos com até sete orgasmos por semana apresentaram este comportamento.

**Tabela 27 -** Distribuição do número (N<sup>o</sup>) e da porcentagem (%) dos indivíduos, segundo o número médio de orgasmos semanais e de sexo não convencional. Brasil, 2003.

<b>Orgasmos e Sexo Não Convencional</b>				
		<b>Sexo não convencional</b>		<b>Total</b>
		<b>Não</b>	<b>Sim</b>	
Até 7 orgasmos semanais	N <sup>o</sup> .	2.923	2.089	5.012
	(%)	58,3	41,7	100,0
Mais de 7 orgasmos semanais	N <sup>o</sup> .	97	135	232
	(%)	41,8	58,2	100,0
Total	N <sup>o</sup> .	3.020	2.224	5.244
	(%)	57,6	42,4	100,0

p<0,001

Fonte: Estudo da Vida Sexual do Brasileiro (EVSB), 2003.

Quanto maior o número de parceiros sexuais nos últimos doze meses, maior a prevalência de sexo não convencional referido, conforme ilustra a Tabela 28.



**Tabela 28** - Distribuição do número (N<sup>o</sup>.) e da porcentagem (%) dos indivíduos, segundo o número de parceiros sexuais nos últimos doze meses e de sexo não convencional. Brasil, 2003.

		Sexo não convencional		Total
		Não	Sim	
1 a 5 parceiros	N <sup>o</sup> .	2.846	1.936	4.782
	(%)	59,5	40,5	100,0
6 a 10 parceiros	N <sup>o</sup> .	59	169	228
	(%)	25,9	74,1	100,0
11 a 15 parceiros	N <sup>o</sup> .	12	38	50
	(%)	24,0	76,0	100,0
16 ou mais parceiros	N <sup>o</sup> .	16	62	78
	(%)	20,5	79,5	100,0
Total	N <sup>o</sup> .	2.933	2.205	5.138
	(%)	57,1	42,9	100,0

p<0,001

Fonte: Estudo da Vida Sexual do Brasileiro (EVSB), 2003.

Atividades bastante comuns em um encontro sexual, tais como beijos, abraços e penetração foram menos freqüentes entre aqueles que referiram comportamento sexual não convencional. Assim, homens e mulheres que referiram não beijar, não abraçar, não ter penetração vaginal em um encontro sexual apresentaram maior freqüência de comportamento sexual não convencional do que aqueles que costumam fazê-los durante a atividade sexual (Tabela 29).

Por outro lado, atividades como masturbação, sexo oral, sexo anal, penetração do pênis em outros orifícios, outras posições sexuais e uso de objetos, imagens e fetiches associaram-se de maneira estatisticamente significativa à presença de comportamento sexual não convencional (Tabela 29).

**Tabela 29 -** Distribuição do número (Nº.) e da porcentagem (%) dos homens e das mulheres, segundo a presença de atividades presentes no contato sexual e de sexo não convencional. Brasil, 2003.

Atividades presentes no contato sexual		SEXO NÃO CONVENCIONAL						Valor de p	
		Gênero	Não		Sim		Total		
			Nº.	%	Nº.	%	Nº.		%
Beijos	<b>Mulheres</b>								
	Não	152	64,1	85	35,9	237	100,0	p=0,090	
	Sim	1.562	69,5	686	30,5	2.248	100,0		
	Total	1.714	69,0	771	31,0	2.485	100,0		
	<b>Homens</b>								
	Não	130	41,3	185	58,7	315	100,0	p=0,017	
Sim	1.358	48,4	1.450	51,6	2.808	100,0			
Total	1.488	47,6	1.635	52,4	3.123	100,0			
Abraços	<b>Mulheres</b>								
	Não	269	65,1	144	34,9	413	100,0	p=0,066	
	Sim	1.444	69,7	627	30,3	2.071	100,0		
	Total	1.713	69,0	771	31,0	2.484	100,0		
	<b>Homens</b>								
	Não	253	44,6	314	55,4	567	100,0	p=0,106	
Sim	1.234	48,4	1.317	51,6	2.551	100,0			
Total	1.487	47,7	1.631	52,3	3.118	100,0			

(continua)

(continuação)

Atividades presentes no contato sexual	Gênero	SEXO NÃO CONVENCIONAL						Valor de p
		Não		Sim		Total		
		Nº.	%	Nº.	%	Nº.	%	
<b>Masturbação</b>	<b>Mulheres</b>							
	Não	997	75,4	325	24,6	1.322	100,0	p<0,001
	Sim	714	61,7	443	38,3	1.157	100,0	
	Total	1.711	69,0	768	31,0	2.479	100,0	
	<b>Homens</b>							
	Não	806	50,9	778	49,1	1.584	100,0	p<0,001
Sim	676	44,3	851	55,7	1.527	100,0		
Total	1.482	47,6	1.629	52,4	3.111	100,0		
<b>Penetração</b>	<b>Mulheres</b>							
	Não	264	63,6	151	36,4	415	100,0	p=0,009
	Sim	1.448	70,1	618	29,9	2.066	100,0	
	Total	1.712	69,0	769	31,0	2.481	100,0	
	<b>Homens</b>							
	Não	256	41,1	367	58,9	623	100,0	p<0,001
Sim	1.233	49,3	1.266	50,7	2.499	100,0		
Total	1.489	47,7	1.633	52,3	3.122	100,0		

(continua)

(continuação)

Atividades presentes no contato sexual	Gênero	SEXO NÃO CONVENCIONAL						Valor de p
		Não		Sim		Total		
		Nº.	%	Nº.	%	Nº.	%	
Sexo oral	<b>Mulheres</b>							
	Não	624	73,2	228	26,8	852	100,0	p<0,001
	Sim	1.086	66,7	543	33,3	1.629	100,0	
	Total	1.710	68,9	771	31,1	2.481	100,0	
	<b>Homens</b>							
	Não	505	52,8	452	47,2	957	100,0	p<0,001
	Sim	981	47,6	1.182	54,6	2.163	100,0	
	Total	1.486	47,6	1.634	52,4	3.120	100,0	
	Sexo anal	<b>Mulheres</b>						
Não		1.477	71,2	597	28,8	2.074	100,0	p<0,001
Sim		228	57,0	1272	43,0	400	100,0	
Total		1.705	68,9	769	31,1	2.474	100,0	
<b>Homens</b>								
Não		1.156	53,1	1.019	46,9	2.175	100,0	p<0,001
Sim		324	34,7	610	65,3	934	100,0	
Total		1.480	47,6	1.629	52,4	3.109	100,0	

(continua)

(conclusão)

Atividades presentes no contato sexual	SEXO NÃO CONVENCIONAL							Valor de p
	Gênero	Não		Sim		Total		
		Nº.	%	Nº.	%	Nº.	%	
Penetração do pênis em outro orifício	<b>Mulheres</b>							p<0,001
	Não	1.609	70,1	687	29,9	2.296	100,0	
	Sim	94	53,7	81	46,3	175	100,0	
	Total	1.703	68,9	768	31,1	2.471	100,0	
	<b>Homens</b>							p<0,001
	Não	1.370	49,8	1.379	50,2	2.749	100,0	
Sim	109	31,1	242	68,9	351	100,0		
Total	1.479	47,7	1.621	52,3	3.100	100,0		
Necessidades de outras posições	<b>Mulheres</b>							p=0,178
	Não	539	63,5	310	36,5	849	100,0	
	Sim	443	60,2	293	39,8	736	100,0	
	Total	982	62,0	603	38,0	1585	100,0	
	<b>Homens</b>							p<0,001
	Não	498	46,7	569	53,3	1.607	100,0	
Sim	437	39,7	664	60,3	1.101	100,0		
Total	935	43,1	1.233	56,9	2.168	100,0		
Uso de objetos, imagens e fetiches	<b>Mulheres</b>							p<0,001
	<b>Não</b>	925	65,3	491	34,7	1.416	100,0	
	Sim	57	33,9	111	66,1	168	100,0	
	Total	982	62,0	602	38,0	1.584	100,0	
	<b>Homens</b>							p<0,001
	Não	873	44,9	1.070	55,1	1.943	100,0	
Sim	62	27,9	160	72,1	222	100,0		
Total	935	43,2	1.230	56,8	2.165	100,0		

Fonte: Estudo da Vida Sexual do Brasileiro (EVSB), 2003.

O recebimento de informação sobre sexo na vida associou-se de maneira inversa e de forma estatisticamente significativa apenas para as mulheres. Aquelas que receberam este tipo de informação apresentaram menor frequência de comportamento sexual não convencional do que aquelas que não receberam.

A presença de dificuldades sexuais no início da vida associou-se à maior frequência de relato de comportamento sexual. Da mesma forma, história de violência sexual sofrida aumentou a frequência de comportamento sexual não convencional, tanto em homens como em mulheres (Tabela 30).

**Tabela 30 -** Distribuição do número (Nº.) e da porcentagem (%) dos homens e das mulheres, segundo alguns aspectos relacionados à biografia sexual do indivíduo e ao sexo não convencional. Brasil, 2003.

Aspectos relacionados à biografia sexual	Gênero	SEXO NÃO CONVENCIONAL						Valor de p
		Não		Sim		Total		
		Nº.	%	Nº.	%	Nº.	%	
Informação sobre sexo na vida	<b>Mulheres</b>							
	Sim	1.519	70,7	630	29,3	2.149	100,0	p=0,003
	Não	255	63,3	148	36,7	403	100,0	
	Total	1.774	69,5	778	30,5	2.552	100,0	
	<b>Homens</b>							
	Sim	1.236	47,6	1.359	52,4	2.595	100,0	p=0,845
Não	264	48,1	285	51,9	549	100,0		
Total	1.500	47,7	1.644	52,3	3.144	100,0		
Dificuldade sexual no início da vida	<b>Mulheres</b>							
	Não	1.036	72,4	394	27,6	1.430	100,0	p<0,001
	Sim	651	64,2	363	35,8	1.014	100,0	
	Total	1.687	69,0	757	31,0	2.444	100,0	
	<b>Homens</b>							
	Não	1.092	49,4	1.117	50,6	2.209	100,0	p=0,004
Sim	386	43,7	498	56,3	884	100,0		
Total	1.478	47,8	1.615	52,2	3.093	100,0		
Violência sexual sofrida	<b>Mulheres</b>							
	Não	1.736	72,4	663	27,6	2.399	100,0	p<0,001
	Sim	58	43,6	75	56,4	133	100,0	
	Total	1.794	70,9	738	29,1	2.532	100,0	
	<b>Homens</b>							
	Não	1.485	50,2	1.471	49,8	2.956	100,0	p<0,001
Sim	10	17,5	47	85,5	57	100,0		
Total	1.495	49,6	1.518	50,4	3.013	100,0		

Fonte: Estudo da Vida Sexual do Brasileiro (EVSB), 2003.

Ser homossexual ou bissexual associou-se de forma estatisticamente significativa ao comportamento sexual não convencional, mesmo que a experiência homossexual tenha sido única. Entre os indivíduos que apresentaram problemas com relação à identidade sexual encontramos maior frequência de comportamento sexual não convencional. Das quatro mulheres que referiram tratamento para mudança de sexo todas referiram comportamento sexual não convencional (Tabela 31).

**Tabela 31** - Distribuição do número (Nº.) e da porcentagem (%) dos homens e das mulheres, segundo aspectos relacionados à identidade e orientação sexuais e sexo não convencional. Brasil, 2003.

Aspectos relacionados à identidade e orientação sexuais	SEXO	SEXO NÃO CONVENCIONAL						Valor de p
		Não		Sim		Total		
		Nº.	%	Nº.	%	Nº.	%	
Orientação sexual	<b>Mulheres</b>							
	Hetero	1.613	69,4	711	30,6	2.324	100,0	p<0,001
	Homo	38	66,7	19	33,3	57	100,0	
	Bi	5	23,8	16	76,2	21	100,0	
	Total	1.656	68,9	746	31,1	2.402	100,0	
	<b>Homens</b>							
	Hetero	1.365	48,9	1.427	51,1	2.792	100,0	p<0,001
	Homo	75	38,1	122	61,9	197	100,0	
	Bi	11	17,7	51	82,3	62	100,0	
	Total	1.451	47,6	1.600	52,4	3.051	100,0	

(continua)



(conclusão)

Aspectos relacionados à identidade e orientação sexuais	SEXO	SEXO NÃO CONVENCIONAL						Valor de p
		Não		Sim		Total		
		Nº.	%	Nº.	%	Nº.	%	
Relacionamento homossexual (uma única vez)	<b>Mulheres</b>							
	Não	1.758	72,8	658	27,2	2.416	100,0	p<0,001
	Sim	30	28,8	74	71,2	104	100,0	
	Total	1.788	71,0	732	29,0	2.520	100,0	
	<b>Homens</b>							
	Não	1.459	53,5	1.269	46,5	2.728	100,0	p<0,001
	Sim	49	16,0	257	84,0	306	100,0	
	Total	1.508	49,7	1.526	50,3	3.034	100,0	
	Não aceitação do próprio sexo biológico	<b>Mulheres</b>						
Não		1.775	71,7	701	28,3	2.476	100,0	p<0,001
Sim		13	24,5	40	75,5	53	100,0	
Total		1.788	70,7	741	29,3	2.529	100,0	
<b>Homens</b>								
Não		1.499	50,0	1.499	50,0	2.998	100,0	p<0,001
Sim		12	16,9	59	83,1	71	100,0	
Total		1.511	49,2	1.558	50,8	3.069	100,0	
Tratamento para mudança de sexo		<b>Mulheres</b>						
	Não	1.505	69,0	677	31,0	2.182	100,0	p=0,009
	Sim			4	100,0	4	100,0	
	Total	1.505	68,8	681	31,2	2.186	100,0	
	<b>Homens</b>							
	Não	1.167	47,7	1.278	52,3	2.445	100,0	p=0,550
	Sim	6	40,0	9	60,0	15	100,0	
	Total	1.173	47,7	1.287	52,3	2.460	100,0	

Fonte: Estudo da Vida Sexual do Brasileiro (EVSB), 2003.

Para homens, relato de dispareunia e de disfunção erétil associou-se de forma positiva com comportamento sexual não convencional.

Para ejaculação precoce também houve esta associação, mas a mesma não foi estatisticamente significativa.

Dentre as pessoas que referiram dificuldades de concentração e de perda de prazer durante o contato sexual encontramos maior frequência de comportamento sexual não convencional. Falta de desejo sexual, dificuldades de orgasmo e transtorno de excitação sexual feminina não se associaram ao comportamento sexual não convencional (Tabela 32).

**Tabela 32** - Distribuição do número (Nº.) e da porcentagem (%) dos homens e das mulheres, segundo a presença de disfunções sexuais e de sexo não convencional. Brasil, 2003.

Disfunções sexuais	Gênero	SEXO NÃO CONVENCIONAL						Valor de p
		Não		Sim		Total		
		Nº.	%	Nº.	%	Nº.	%	
Falta de desejo	<b>Mulheres</b>							
	Não	1.616	68,9	728	31,1	2.344	100,0	p=0,094
	Sim	137	74,9	46	25,1	183	100,0	
	Total	1.753	69,4	774	30,6	2.527	100,0	
	<b>Homens</b>							
	Não	1.469	47,6	1.614	52,4	3.083	100,0	p=0,457
Sim	33	52,4	30	47,6	63	100,0		
Total	1.502	47,7	1.644	52,3	3.146	100,0		
Dispareunia	<b>Mulheres</b>							
	Não	1.395	69,3	617	30,7	2.012	100,0	p=0,297
	Sim	281	66,7	140	33,3	421	100,0	
	Total	1.676	68,9	757	31,3	2.433	100,0	
	<b>Homens</b>							
	Não	1.426	48,3	1.529	51,7	2.955	100,0	p=0,010
Sim	52	37,1	88	62,9	140	100,0		
Total	1.478	47,8	1.617	52,2	3.095	100,0		

(continua)

(conclusão)

Disfunções sexuais	Gênero	SEXO NÃO CONVENCIONAL						Valor de p
		Não		Sim		Total		
		Nº.	%	Nº.	%	Nº.	%	
Perda de concentração na atividade sexual	<b>Mulheres</b>							
	Não	1.195	71,1	486	28,9	1.681	100,0	p=0,002
	Sim	487	64,9	263	35,1	750	100,0	
	Total	1.682	69,2	749	30,8	2.431	100,0	
	<b>Homens</b>							
	Não	1.201	50,1	1.194	49,9	2.395	100,0	p< 0,001
	Sim	275	39,7	418	60,3	693	100,0	
	Total	1.476	47,8	1.612	52,2	3.088	100,0	
	Perda do prazer sexual	<b>Mulheres</b>						
Não		1.305	70,4	550	29,6	1.855	100,0	p=0,010
Sim		371	64,6	203	35,4	574	100,0	
Total		1.676	69,0	753	31,0	2.429	100,0	
<b>Homens</b>								
Não		1.329	49,3	1.368	50,7	2.697	100,0	p< 0,001
Sim		146	37,9	239	62,1	385	100,0	
Total		1.475	47,9	1.607	52,1	3.082	100,0	
Transtorno de excitação sexual feminino		<b>Mulheres</b>						
	Não	1.236	69,2	551	30,8	1.787	100,0	p=0,980
	Sim	443	69,2	197	30,8	640	100,0	
	Total	1.679	69,2	748	30,8	2.427	100,0	
Disfunção orgásmica	<b>Mulheres</b>							
	Não	1.268	69,6	554	30,4	1.822	100,0	p=0,463
	Sim	432	68,0	203	32,0	635	100,0	
	Total	1.700	69,2	757	30,8	2.457	100,0	
	<b>Homens</b>							
	Não	1.356	48,2	1.456	51,8	2.812	100,0	p=0,244
	Sim	60	43,2	79	56,8	139	100,0	
	Total	1.416	48,0	1.535	52,0	2.951	100,0	

(continua)

(conclusão)

Disfunções sexuais	Gênero	SEXO NÃO CONVENCIONAL						Valor de p
		Não		Sim		Total		
		Nº.	%	Nº.	%	Nº.	%	
<b>Homens</b>								
Disfunção erétil	Não	725	49,8	731	50,2	1.456	100,0	p=0,005
	Sim	515	44,2	649	55,8	1.164	100,0	
	Total	1.240	47,3	1.380	52,7	2.620	100,0	
<b>Homens</b>								
Ejaculação precoce	Não	1.060	48,8	1.111	51,2	2.171	100,0	p=0,081
	Sim	339	45,1	412	54,9	751	100,0	
	Total	1.399	47,9	1.523	52,1	2.922	100,0	

Fonte: Estudo da Vida Sexual do Brasileiro (EVSB), 2003.

Indivíduos da amostra que relataram contracepção de emergência, infidelidade e parceiros sexuais ocasionais apresentaram com maior frequência referência ao comportamento sexual não convencional. Entre mulheres que provocaram aborto, encontramos também maior frequência deste comportamento. Para homens, aqueles que referiram usar preservativos “sempre” tiveram maior frequência de comportamento sexual não convencional (Tabela 33).

**Tabela 33 -** Distribuição do número (N<sup>o</sup>.) e da porcentagem (%) dos homens e das mulheres, segundo alguns aspectos relacionados à prática sexual e ao sexo não convencional. Brasil, 2003.

Aspectos relacionados à prática sexual	Gênero	SEXO NÃO CONVENCIONAL						Valor de p
		Não		Sim		Total		
		N <sup>o</sup> .	%	N <sup>o</sup> .	%	N <sup>o</sup> .	%	
Contracepção de emergência	<b>Mulheres</b>							
	Não	1.539	73,3	562	26,7	2.101	100,0	p<0,001
	Sim	205	56,8	156	43,2	361	100,0	
	Total	1.744	70,8	718	29,2	2.462	100,0	
	<b>Homens</b>							
	Não	1.352	51,3	1.284	48,7	2.636	100,0	p<0,001
	Sim	72	37,5	120	62,5	192	100,0	
	Total	1.424	50,4	1.404	49,6	2.828	100,0	
	Aborto provocado	<b>Mulheres</b>						
Não		1.510	73,2	553	26,8	2.063	100,0	p<0,001
Sim		240	57,7	176	42,3	416	100,0	
Total		1.750	70,6	729	29,4	2.479	100,0	
Uso de preservativos	<b>Mulheres</b>							
	Sempre	497	67,4	240	32,6	737	100,0	p=0,206
	Não / às vezes	1.209	70,0	518	30,0	1.727	100,0	
	Total	1.750	69,2	756	37,4	2.464	100,0	
	<b>Homens</b>							
	Sempre	481	44,0	612	56,0	1.093	100,0	p<0,002
	Não / às vezes	1.017	49,9	1.023	50,1	2.040	100,0	
Total	1.498	47,8	1.635	52,2	3.133	100,0		

(continua)

(conclusão)

Aspectos relacionados à prática sexual	Gênero	SEXO NÃO CONVENCIONAL						Valor de p
		Não		Sim		Total		
		Nº.	%	Nº.	%	Nº.	%	
<b>Infidelidade</b>								
<b>Mulheres</b>								
	Não	925	65,3	491	34,7	1.416	100,0	p<0,002
	Sim	57	33,9	111	66,1	168	100,0	
	Total	982	62,0	602	38,0	1.584	100,0	
<b>Homens</b>								
	Não	873	44,9	1.070	55,1	1.943	100,0	p<0,001
	Sim	62	27,9	160	72,1	222	100,0	
	Total	935	43,2	1.230	56,8	2.165	100,0	
<b>Parceria sexual ocasional</b>								
<b>Mulheres</b>								
	Não	807	63,1	471	36,9	1.278	100,0	p<0,001
	Sim	176	57,3	131	42,7	307	100,0	
	Total	983	62,0	602	38,0	1.585	100,0	
<b>Homens</b>								
	Não	714	43,6	923	56,4	1.637	100,0	p<0,001
	Sim	221	41,9	307	58,1	528	100,0	
	Total	935	43,2%	1.230	56,8%	2.165	100,0%	

Fonte: Estudo da Vida Sexual do Brasileiro (EVSB), 2003.

O comportamento sexual não convencional associou-se significativamente a maior medo de engravidar, entre os homens e a de contrair doenças sexualmente transmissíveis, entre homens e mulheres (Tabela 34).

**Tabela 34** - Distribuição do número (N<sup>o</sup>.) e da porcentagem (%) dos homens e das mulheres, segundo a presença de medos referidos durante o contato sexual e sexo não convencional. Brasil, 2003.

Medos referidos	Gênero	SEXO NÃO CONVENCIONAL						Valor de p
		Não		Sim		Total		
		N <sup>o</sup> .	%	N <sup>o</sup> .	%	N <sup>o</sup> .	%	
Medo de engravidar	<b>Mulheres</b>							
	Não	813	67,8	387	32,3	1.200	100,0	p=0,472
	Sim	601	66,3	306	33,7	907	100,0	
	Total	1.414	67,1	693	32,9	2.107	100,0	
	<b>Homens</b>							
	Não	767	47,9	835	52,1	1.602	100,0	p=0,030
Sim	489	43,7	631	56,3	1.120	100,0		
Total	1.256	46,1	1.466	53,9	2.722	100,0		
Medo de adquirir DST	<b>Mulheres</b>							
	Não	816	71,6	323	28,4	1.139	100,0	p<0,001
	Sim	591	61,7	367	38,3	958	100,0	
	Total	1.407	67,1	690	32,9	2.097	100,0	
	<b>Homens</b>							
	Não	765	52,1	702	47,9	1.467	100,0	p<0,001
Sim	486	38,9	763	61,1	1.249	100,0		
Total	1.251	46,1	1.465	53,9	2.716	100,0		

Fonte: Estudo da Vida Sexual do Brasileiro (EVSB), 2003.

### 5.6 Comparação entre a amostra respondente e não respondente

Do total da amostra feminina, 19,2% delas não responderam a pelo menos uma das questões sobre a presença ou ausência de comportamento sexual não convencional. Do total masculino, 17,2% não responderam. Assim, este contingente foi excluído da análise, uma vez que

não podemos afirmar com segurança se estes indivíduos apresentaram ou não algum dos comportamentos sexuais ao longo da vida.

Foi realizada análise comparativa entre a amostra respondente (81,9%) e a não respondente (18,1%) em busca de possíveis diferenças estatisticamente significantes e que pudessem interferir na análise dos dados.

Desta forma comparamos a amostra que respondeu a todas as 10 questões a respeito da presença ou não dos tipos de comportamento sexual não convencional pesquisados (sexo grupal; sexo a três; troca de casais; relações sexuais com familiares; com animais; com ajuda de fetiches; com troca de insultos ou agressões; relações sexuais realizadas em troca de dinheiro; comportamentos exibicionistas e voyeuristas) com a amostra que deixou pelo menos uma das 10 questões sem resposta ou em branco.

Tipicamente, o indivíduo que não respondeu a todas as questões sobre comportamento sexual não convencional pertencia ao sexo feminino, foi da região sudeste, com maior idade e da raça negra, com baixo nível de escolaridade, viúvo e pertencia à religião evangélica ou católica (Tabelas 35 e 36).



**Tabela 35** - Distribuição do número (N<sup>o</sup>.) e da porcentagem (%) dos indivíduos, segundo variáveis sócio-demográficas e resposta ou não às questões sobre sexo não convencional. Brasil, 2003.

Caracterização	Respondente						Valor de p
	Sim		Não		Total		
	N <sup>o</sup> .	(%)	N <sup>o</sup> .	(%)	N <sup>o</sup> .	(%)	
<b>Gênero</b>							
Feminino	2.578	80,8	612	19,2	3.190	100,0	p=0,031
Masculino	3.173	82,8	659	17,2	3.832	100,0	
<b>Total</b>	5.751	81,9	1.271	18,1	7.022	100,0	
<b>Estado Civil</b>							
Casado / amasiado	2.828	80,4	691	19,6	3.519	100,0	p<0,001
Solteiro	2.238	85,0	394	15,0	2.632	100,0	
Separado / divorciado	581	82,6	122	17,4	703	100,0	
Viúvo	104	62,7	62	37,3	166	100,0	
<b>Total</b>	5.751	81,9	1.269	18,1	7.020	100,0	
<b>Religião</b>							
Católico	3.564	81,3	819	18,7	4.383	100,0	p<0,001
Evangélico	684	77,3	201	22,7	885	100,0	
Espírita	605	83,8	117	16,2	722	100,0	
Outra	273	85,3	47	14,7	320	100,0	
Sem religião	556	89,0	69	11,0	625	100,0	
Ateu	65	84,4	12	15,6	77	100,0	
<b>Total</b>	5.747	82,0	1.265	18,0	7.012	100,0	
<b>Escolaridade</b>							
Sup completo	2.057	85,7	343	14,3	2.400	100,0	p<0,001
Sup incompleto	1.080	86,2	173	13,8	1.253	100,0	
2o. completo	1.549	82,3	333	17,7	1.882	100,0	
2o. incompleto	495	76,2	155	23,8	650	100,0	
1o. completo	265	72,4	101	27,6	366	100,0	
1o. incompleto	291	66,6	146	33,4	437	100,0	
<b>Total</b>	5.737	82,1	1.251	17,9	6.988	100,0	

(continua)

(conclusão)

Caracterização	Respondente						Valor de p
	Sim		Não		Total		
	Nº.	(%)	não	(%)	Nº.	(%)	
<b>Raça</b>							
Branca	4.331	82,5	918	17,5	5.249	100,0	p=0,017
Negra	361	76,5	111	23,5	472	100,0	
Parda	802	82,4	171	17,6	973	100,0	
Amarela	143	85,1	25	14,9	168	100,0	
Outra	83	80,6	20	19,4	103	100,0	
<b>Total</b>	<b>5.720</b>	<b>82,1</b>	<b>1.245</b>	<b>17,9</b>	<b>6.965</b>	<b>100,0</b>	
<b>Desemprego</b>							
Não	3.373	84,7	611	15,3	3.984	100,0	p=0,354
Sim	755	83,4	150	16,6	905	100,0	
Total	4.128	84,4	761	15,6	4.889	100,0	
<b>Região</b>							
Sudeste	3.094	79,5	800	20,5	3.894	100,0	p<0,001
Nordeste	1.018	85,3	175	14,7	1.193	100,0	
Sul	961	83,3	193	16,7	1.154	100,0	
Centro Oeste	529	81,3	120	18,7	649	100,0	
Norte	107	81,1	25	18,9	132	100,0	
<b>Total</b>	<b>5.709</b>	<b>81,3</b>	<b>1.313</b>	<b>18,7</b>	<b>7.022</b>	<b>100,0</b>	

Fonte: Estudo da Vida Sexual do Brasileiro (EVSB), 2003.

**Tabela 36** - Medidas descritivas da idade, segundo a resposta ou não às questões sobre comportamento sexual não convencional. Brasil, 2003.

Média	Respondente	Nº.	Média	Desvio-Padrão	Mediana	Mín.	Máx.	Valor de p
	<b>Sim</b>	5.707	36,5	13,3	34,0	18,0	95,0	
<b>Idade</b>	<b>Não</b>	1.254	41,9	16,2	40,0	18,0	88,0	p<0,001
	<b>Total</b>	6.961	37,4	14,0	35,0	18,0	95,0	

Fonte: Estudo da Vida Sexual do Brasileiro (EVSB), 2003.

Não encontramos associação estatisticamente significativa entre violência sexual sofrida com o fato de responder ou não à questão sobre comportamento sexual não convencional (Tabela 37).

**Tabela 37** - Distribuição do número (Nº.) e da porcentagem (%) dos indivíduos, segundo a presença de histórico de violência sexual sofrida e resposta ou não às questões sobre sexo não convencional. Brasil, 2003.

	GÊNERO	Respondente						Valor de p
		Sim		Não		Total		
		Nº.	(%)	não	(%)	Nº.	(%)	
<b>Violência sexual sofrida</b>	<b>Mulheres</b>							
	Não	2.399	97,2	68	2,8	2.467	100,0	p=0,105
	Sim	133	95,0	7	5,0	140	100,0	
	Total	2.532	97,0	75	3,0	2.607	100,0	
	<b>Homens</b>							
	Não	2.956	97,9	63	2,1	3.019	100,0	p=0,304
Sim	57	100,0	0	0,0	57	100,0		
Total	3.013	97,9	63	2,1	3.076	100,0		

Fonte: Estudo da Vida Sexual do Brasileiro (EVSB), 2003.

5.7 Modelo de regressão logística

A Tabela 38 apresenta os resultados obtidos pelo modelo final de regressão logística multivariada, em que as variáveis independentes foram tomadas em conjunto na análise em busca do perfil do indivíduo que referiu o comportamento sexual não convencional.

**Tabela 38** - Distribuição das *odds ratios* (intervalo de confiança – IC – de 95%) para presença de comportamento sexual não convencional, de acordo com as variáveis independentes pesquisadas. Brasil, 2003.

Variáveis independentes	Odds ratio (IC 95%)	
<b>Gênero</b>		
Feminino	1,0	(referência)
Masculino	2,3	(2,0 - 2,6)***
<b>Estado civil</b>		
Casado	1,0	(referência)
Solteiro	1,2	(1,0 - 1,4)*
Divorciado/separado	1,4	(1,1 - 1,8)**
Viúvo	1,0	( 0,5 - 1,8)
<b>Raça</b>		
Branca	1,0	(referência)
Negra	1,4	(1,0 - 1,9)*
Parda	1,4	(1,1 - 1,7)**
Outra	1,1	( 0,8 - 1,6)
<b>Educação</b>		
Superior	1,0	(referência)
Médio	1,2	(1,1 - 1,5)**
Fundamental	1,7	(1,3 - 2,3)***

(continua)

(conclusão)

Variáveis independentes	Odds ratio (IC 95%)	
<b>Estresse pós-traumático</b>		
Não	1,0	(referência)
Sim	1,4	(1,1 - 1,8)*
<b>Tratamento para dependência por álcool</b>		
Não	1,0	(referência)
Sim	2,0	(1,1 - 3,8)*
<b>Contracepção de emergência</b>		
Não	1,0	(referência)
Sim	1,8	(1,4 - 2,2)***
<b>Dificuldade no início da vida sexual</b>		
Não	1,0	(referência)
Sim	1,3	(1,2 - 1,5)***
<b>Violência sexual sofrida</b>		
Não	1,0	(referência)
Sim	2,2	(1,5 - 3,2)***
<b>Orientação sexual</b>		
Heterossexual	1,0	(referência)
Homossexual	1,4	(1,0 - 1,9)
Bissexual	3,6	(1,9 - 6,6)***
<b>Realiza sexo anal</b>		
Não	1,0	(referência)
Sim	2,0	(1,7 - 2,3)***
<b>Realiza sexo oral</b>		
Não	1,0	(referência)
Sim	1,2	(1,1 - 1,5)**

\*  $p \leq 0,05$ \*\*  $p < 0,01$ \*\*\*  $p < 0,001$ 

Fonte: Estudo da Vida Sexual do Brasileiro (EVSB), 2003.

O modelo de regressão logística apontou o perfil do indivíduo que apresenta ou apresentou o CSNC. O típico indivíduo foi do sexo masculino, divorciado ou solteiro, pertencia à raça parda ou negra, com nível de escolaridade fundamental ou médio, com orientação bissexual. Apresentou histórico de transtornos psiquiátricos: transtorno do estresse pós-traumático, tratamento para dependência por álcool e condição que indicou comportamento sexual de risco: realização de contracepção de emergência na parceira (“pílula do dia seguinte”). Referiu história de dificuldades sexuais no início da vida sexual e violência sexual sofrida. Praticava com muita frequência o sexo anal e oral.

## ***DISCUSSÃO***

## **6 Discussão**

### **6.1 Amostra**

Nossa amostra, contemplou as cinco regiões do País e 13 estados da Federação, foi a maior já realizada no Brasil. Apesar do estudo não ter sido realizado com cálculo amostral e, portanto, não podermos falar de prevalência, mas sim em freqüência do comportamento sexual não convencional nesta amostra, torna-se um valioso instrumento necessário para a condução de futuras pesquisas e avaliou de forma abrangente os aspectos sócio-demográficos, de hábitos de vida, de doenças referidas, de comportamento sexual e de saúde mental.

Ao comparar a população brasileira a esta amostra, percebemos que esta é composta por indivíduos com maior nível de escolaridade. À semelhança da população brasileira, esta amostra contou com maioria dos indivíduos residentes na região sudeste do país. Região esta em que se observou a menor freqüência do comportamento estudado neste trabalho.

Quanto ao gênero, nossa amostra, ao contrário da população do Brasil, apresentou maior freqüência de indivíduos do sexo masculino do que



feminino, ou seja, os homens se voluntariaram em maior número que as mulheres para responder ao questionário. O tema sexualidade, apesar de muito explorado pelas mídias impressa e falada e de despertar sempre muita curiosidade e interesse na população, ainda pode ser um tabu.

#### **6.1.1 Análise comparativa entre amostra respondente a todas as questões sobre comportamento sexual não convencional e entre amostra não respondente a pelo menos uma destas questões**

A análise comparativa entre os respondentes a todas as questões relativas a comportamento sexual não convencional e os não respondentes à pelo menos uma destas questões, mostrou que mais mulheres do que homens não as responderam.

A amostra que não respondeu a pelo menos uma das questões sobre comportamento sexual não convencional mostrou associação estatisticamente significativa com variáveis associadas ao comportamento sexual não convencional neste trabalho: baixa escolaridade e raça negra. Desta feita, a análise do grupo de respondentes e não respondentes indicou tendência para maior número de indivíduos desta amostra a apresentar comportamento sexual não convencional.

## 6.2 Aspectos sócio-demográficos

Por não haver na literatura muitos estudos sobre comportamento sexual compulsivo e parafilias na comunidade, este trabalho pautou-se a comparar-se principalmente a estudos de pacientes que buscaram tratamento para esta condição, ou seja, em amostras clínicas.

Sabe-se que a parafilia é um transtorno praticamente masculino (Sharma, 2003). Para comportamento sexual compulsivo, a taxa é de três homens para cada mulher (Carnes, 1998). Em nosso estudo, que não avaliou pacientes com estes diagnósticos, mas sim indivíduos que referiram um ou mais comportamentos sexuais não convencionais ao longo da vida, encontramos mais da metade dos homens (52,3%) com referência destes comportamentos em suas vidas. Para as mulheres este índice foi de praticamente um terço (30,4%).

O que torna este estudo diferenciado dos demais é o fato de ter sido feito a partir de uma grande amostra oriunda da comunidade e ter avaliado o comportamento sexual não convencional e não os diagnósticos de parafilias ou de compulsão sexual. A maioria dos indivíduos desta amostra provavelmente não se limita a praticar apenas comportamentos sexuais não convencionais, mas se utiliza de práticas e comportamentos sexuais que fazem parte de transtornos sexuais diagnosticáveis, seja pelo DSM – IV – TR (APA, 2002), seja pelo CID 10 (OMS, 1993).

Estes comportamentos poderiam evoluir num indivíduo até o ponto de ele se tornar um compulsivo ou um parafílico? Precisaríamos de um

estudo longitudinal a fim de se observar como evoluem estes comportamentos ao longo do histórico sexual dos indivíduos, o que não é o escopo desta dissertação.

Esta maior prevalência de comportamentos sexuais não convencionais em homens, à semelhança do que ocorre com a compulsão sexual e com as parafilias, deve receber a influência dos andrógenos, que atuam sobre o desejo e o interesse sexual em humanos (Udry *et al*, 1985; Halpel *et al*, 1994). Contribuições genéticas também podem atuar para levar a esta maior prevalência masculina de comportamento sexual não convencional, pois homens com anomalias genéticas tipo XYY apresentam maior prevalência de comportamentos sexuais não convencionais do que aqueles com cariótipos XXY ou XY (Schiavi *et al*, 1988). Fatores culturais também exercem influência (Kinsey *et al.*, 1953; Laumann *et al.*, 1994). De qualquer forma, os comportamentos sexuais não convencionais guardaram semelhanças quanto à prevalência do gênero masculino sobre o feminino, da mesma forma que ocorre com a compulsão sexual e as parafilias.

Sabe-se que o início de transtornos psiquiátricos e de comportamento sexual de risco (tais como três ou mais parceiros sexuais no último ano, uso pouco freqüente de preservativos, início da vida sexual ativa antes dos 16 anos de idade e presença de doenças sexualmente transmissíveis) tem seu pico no início da vida adulta (*Center for Disease Control and Prevention*, 1998). Em estudo de prevalência, realizado com 930 indivíduos, foram colhidos dados de indivíduos com média de 21 anos de idade. Observou-se que a chance de um indivíduo apresentar

comportamento sexual de risco no último ano, de ter histórico de DST ou de ter iniciado a vida sexual antes dos 16 anos de idade foi maior para aqueles com transtornos psiquiátricos, tais como transtornos depressivos, de ansiedade, alimentares, abuso e dependência de substâncias, transtorno anti-social, transtorno bipolar e esquizofrenia (Ramrakha *et al*, 2000).

Estudos longitudinais que acompanhem uma coorte por vários anos, sobretudo no início da puberdade até a vida adulta e que investiguem o comportamento sexual ao longo dos anos, serão bem vindos para nos dar uma idéia se a presença de um comportamento sexual não convencional sem critérios diagnósticos para compulsão sexual ou parafilia, em um determinado indivíduo, o coloca sob risco de desenvolver em algum momento de sua vida quadro clínico de parafilia, de comportamento sexual compulsivo ou de algum outro diagnóstico de eixo I.

Kinsey *et al.* (1948) estabeleceram que a orientação sexual de um indivíduo faz parte de um espectro e criou uma escala que propõe a orientação sexual variando entre a heterossexualidade total até a homossexualidade total. Da mesma forma, propõe-se aqui que o comportamento sexual também faria parte de um espectro, variando entre atividades totalmente convencionais (intercurso vaginal com outro ser humano, adulto e vivo) e atividades nada convencionais (sexo com animais). De acordo com o DSM – IV – TR (APA, 2002), é a freqüência, a permanência, a fixação em determinados tipos de comportamento e a presença de sofrimento pessoal e interpessoal a(o) parceira(o) e a terceiros é que determinará um diagnóstico de transtorno sexual.

A prevalência de comportamento sexual foi bastante alta na amostra, sobretudo para os homens. O que determinaria a evolução para um quadro de compulsão sexual ou parafilia dependeria também de uma série de fatores: culturais, sociais e psicológicos (Lazoritz e McDermott, 2002; Carrillo 2002; Singh, 1999). Assim, dentre a população que referiu os comportamentos não convencionais, devemos encontrar alguns indivíduos com critérios suficientes para diagnóstico de parafilias e compulsão sexual, mas provavelmente este subgrupo seja a minoria.

Assim, a alta prevalência deste comportamento na amostra, sobretudo na masculina, mostra que o ser humano utiliza-se de uma ampla gama de estímulos para o intercurso sexual, muitos deles não convencionais e que estão presentes em transtornos psiquiátricos como a parafilia e a compulsão sexual (Earls e Lalumiere, 2002). Sobretudo para os homens, esta pesquisa mostra que o casamento não os protegeu de apresentar referência a este tipo de comportamento, uma vez que 46,7% dos casados referiram este comportamento. Por outro lado, podemos dizer que a referência a um ou mais comportamentos sexuais não convencionais, atualmente ou no passado, não impediu o indivíduo de se casar. Estudos mais focados no grau de qualidade do relacionamento conjugal e com referência temporal de quando ocorreram estes comportamentos, poderiam responder de forma mais acurada a esta dúvida.

A população que referiu comportamento sexual não convencional foi mais jovem, assim como foi mais precoce o início de sua vida sexual ativa, cerca de um ano mais cedo do que aqueles que não referiram tais

comportamentos. Este é um período particularmente importante para a formação do repertório de estimulação sexual a ser desenvolvido na vida adulta (Kinsey, 1948; Laumann *et al*, 1994 e Freund, 1997). Para os homens com referência de comportamento sexual não convencional a média de idade de início da vida sexual ocorreu antes dos dezesseis anos de idade (15,5 anos) enquanto para aqueles que não referem este comportamento a média de idade foi 16,4 anos. Uma das características do comportamento sexual de risco é iniciar a atividade sexual mais cedo, sendo que os indivíduos ficam mais vulneráveis a DST e gravidezes indesejadas (Ramrakha *et al*, 2000).

De acordo com levantamento realizado no Brasil, a média de idade do início da vida sexual ocorreu aos 15,6 anos para os homens e aos 19,5 anos para as mulheres (Abdo *et al*, 2002). Em estudo mais amplo e recente, estes números foram praticamente confirmados, sendo respectivamente 15,9 anos e 19,3 anos (Abdo, 2004b).

Para os homens, a referência de comportamento sexual não convencional diminuiu com o aumento da faixa etária. Os homens mais velhos podem ter referido menos estes comportamentos por causa da idade e da conseqüente diminuição da libido e dos andrógenos (Bellastella *et al*, 2005) ou porque em décadas anteriores este comportamento poderia ser menos prevalente.

Para mulheres, por outro lado, encontramos dois grupos etários em que o comportamento sexual não convencional é mais referido: dos 26 aos 40 anos e a partir dos 61 anos. Será que as mulheres de gerações mais

antigas, ao contrário dos homens, praticavam mais sexo não convencional? Ou seria pelo fato das idosas não contarem com um parceiro sexual disponível buscam assim ampliar seu repertório de estímulos sexuais?

Observamos neste estudo que as amasiadas, divorciadas e viúvas foram as que mais referiram estes comportamentos, enquanto o menor índice foi entre as casadas. Divorciadas e viúvas, ao contrário das casadas, geralmente não contam com um parceiro sexual estável coabitando com elas. Pode ser que divorciadas e viúvas estariam se submetendo aos desejos sexuais de homens, em relações pouco estáveis e não convencionais, ou então estariam buscando novas sensações e experiências, pela indisponibilidade de um parceiro estável. Para as mulheres, ao contrário dos homens, o casamento formal associou-se menos ao comportamento sexual não convencional. Morar com um companheiro, sem estar casada formalmente, associou-se ao comportamento em estudo, à semelhança dos homens.

Na literatura, encontram-se estudos que apontam para a associação entre menos anos de estudo e comportamentos sexuais de risco (Stein *et al.*, 2005; Munoz-laboy *et al.*, 2005).

Kafka e Hennen (2002) ao analisarem 120 homens com parafilias e com transtornos relacionados às parafilias encontraram que em comparação àqueles com transtornos relacionados às parafilias, os parafílicos têm significativamente características que denotam baixas condições sociais: menos anos de estudo e problemas com o trabalho e emprego, além de maiores problemas com a justiça.

Em nosso estudo, encontramos dados sugestivos de piores condições sociais no grupo com comportamento sexual não convencional. Encontramos maior prevalência deste comportamento na raça negra e parda, relação inversa entre nível de escolaridade e freqüência do comportamento sexual não convencional. Apesar dos avanços econômicos e sociais do Brasil, as camadas menos estudadas e da raça negra ainda são as que sofrem mais as conseqüências da estrutura social e econômica do País.

No estudo de Kafka e Hennen (1999), 63 homens tinham transtorno relacionado às parafilias e 143 tinham diagnóstico de parafilia. Do grupo de parafilicos, 86% tinham critérios para diagnóstico de comportamentos relacionados às parafilias ao longo da vida. No subgrupo com ambos os transtornos (123 indivíduos) foram encontrados o maior número de indivíduos que referiram episódios de impulsividade sexual (sexo grupal, promiscuidade e sexo a três). Já o grupo com parafilias, mas sem histórico de transtorno relacionado às parafilias (20 indivíduos) foram os que referiram menor número de episódios de impulsividade sexual e este grupo não foi diferente do grupo com transtornos relacionados às parafilias no que diz respeito aos anos de estudo completados. Os autores concluem que o que parece influenciar o menor número de anos de estudo não é a evolução de um quadro de compulsão sexual para o de parafilia, mas sim o acúmulo ao longo da vida de episódios de impulsividade sexual.

Desta forma, devemos levar em consideração que quanto menor o grau de escolaridade maior foi a freqüência de comportamento sexual não



convencional na amostra. O acúmulo ao longo da vida de práticas sexuais não convencionais poderia ser prejudicial ao desenvolvimento de mais anos de estudo num indivíduo, como propôs o estudo citado anteriormente. Este achado torna-se um elemento importante para ser verificado em futuras pesquisas e para ser utilizado em estratégias de prevenção deste comportamento.

Observou-se que a presença de comportamento sexual não convencional foi maior nas regiões Centro-oeste e Nordeste, onde praticamente metade dos indivíduos tem história de um ou mais destes comportamentos. O estado da Federação que contou com menor índice foi o Sudeste. Justamente, regiões menos e mais desenvolvidas social e economicamente, respectivamente, no Brasil.

No estado do Rio de Janeiro, encontramos a maior frequência de comportamento sexual não convencional entre as mulheres. Por outro lado, foi neste estado que a população feminina apresentou maior média de idade (44,7 anos). Os resultados mostraram que a maior frequência de comportamento sexual não convencional foi justamente nas faixas etárias compreendidas entre os 26 e 40 anos e nas maiores de 61 anos. Talvez por isto tenhamos encontrado esta discrepância em relação aos outros estados da federação.

É inegável a influência que a televisão exerce sobre o comportamento sexual, sobretudo dos adolescentes (Brown *et al*, 1990). Encontramos em programas, sejam humorísticos ou de conteúdo sensual ou erótico, a sugestão de práticas de comportamentos sexuais excitantes e que

necessariamente não são classificáveis como um transtorno, mas sim, fazem parte do espectro normal de excitação sexual humano. Talvez por esta razão os comportamentos sexuais não convencionais mais referidos na amostra foram justamente comportamentos fetichistas e comportamentos voyeuristas.

Por outro lado, os outros comportamentos sexuais socialmente pouco sancionados foram os que apresentaram os menores índices tais como incesto, sexo a três, exibicionismo e relação sexual com animais.

Sexo com animais, sabidamente ocorre mais freqüente em regiões rurais e muitas vezes é a forma com que os garotos destas regiões iniciam suas vidas sexuais (Kinsey *et al.*, 1948; Earls e Lalumiere, 2002). As regiões Nordeste e Centro-oeste foram as que mais apresentaram este comportamento (4,5%). De acordo com o censo populacional de 2000, 30,9% da população do Nordeste e 30,1% da população do Norte vivem em zonas rurais. Apesar do Centro-Oeste contar com apenas 13,3% da população vivendo em zonas rurais a pecuária é atividade mais presente nesta região do que no Norte do país (IBGE, 2000). Apesar da região Norte ter alta população rural, suas características geográficas próprias determinam que grande parte não viva nas cidades e se dediquem a atividades extrativistas (IBGE, 2000). Assim, população em zona rural com atividades voltadas para criação de animais foi a mais prevalente em termos de realizar sexo com animais.

Em nosso estudo, ter alguma religião não se associou de forma estatisticamente significativa a relato de comportamento sexual não

convencional. Em estudo recente, com amostra de 19.307 australianos, de idades entre 16 e 59 anos, evidenciou que a influência da religião sobre o comportamento sexual é menos importante do que a frequência com que participam de atividades religiosas. Os indivíduos que tem religião, mas que não a praticam com frequência (ir menos de uma vez ao mês a cerimônias religiosas) se assemelham mais àqueles que não tem religião no que se refere às opiniões sobre sexo antes do casamento, aborto, filmes pornográficos, aborto e relações homossexuais do que aos indivíduos que tem religião e a praticam com maior frequência. De maneira geral, este estudo mostrou que prática freqüente de alguma religião leva a atitudes mais conservadoras quando o assunto é comportamento sexual, desaprovando ou não realizando os comportamentos citados anteriormente (de Visser *et al*, 2007). Assim, mais importante do que a religião é a intersecção entre ter uma religião e a religiosidade (prática) na influência sobre o comportamento sexual. Nosso estudo não avaliou a religiosidade e novos estudos podem ajudar a confirmar ou não esta influência em nosso meio.

### **6.3 Aspectos de saúde física**

O comportamento sexual não convencional não se associou de forma estatisticamente significativa à maioria das condições clínicas mais comuns, pesquisadas neste trabalho, tais como diabetes, hipertensão arterial sistêmica, hiperplasia de próstata ou tumor de próstata. Também não

encontramos na literatura artigos que se propuseram a estudar a associação entre comportamento sexual não convencional e estas condições clínicas.

No entanto, encontramos associação significativa entre histórico de câncer de útero e comportamento sexual não convencional, entre as mulheres. Sabemos que o comportamento sexual compulsivo expõe os indivíduos a maiores riscos de infecções pelo HIV e outras doenças sexualmente transmissíveis (Coleman, 1992).

Enquanto 30,6% das mulheres sem comportamento sexual não convencional referiram câncer de útero, 46,2% daquelas com comportamento sexual não convencional o fizeram ( $p=0,004$ ). É conhecida a associação entre câncer de útero e infecção pelo vírus do papiloma humano (HPV) (Woodman *et al*, 2007; Madeleine *et al*, 2007) bem como a associação entre infecção pelo HPV e comportamento sexual de risco – múltiplos parceiros sexuais, prostituição e uso infreqüente de preservativos (Baay *et al*, 2004; Mak *et al*, 2004; Peyton *et al*, 2001).

Apesar da falta de confirmação deste dado, uma vez que se trata de relato de câncer de útero, podemos afirmar que o comportamento sexual não convencional associou-se a este relato, levantando-nos a hipótese de que as mulheres com comportamento sexual não convencional apresentam mais comportamento sexual de risco do que as que não referiram comportamento sexual não convencional, expondo-as mais a DST, dentre elas o HPV, e à conseqüente maior risco de câncer de útero.

A associação entre comportamento sexual não convencional e câncer de mama, em mulheres, requer mais estudos. No entanto, sabe-se

que esta condição pode levar a mulher a apresentar alterações em sua função sexual, sobretudo diminuição da lubrificação vaginal, diminuição da resposta sexual e comprometimento da autopercepção de intimidade (Hordem, 2000).

Encontramos associação positiva entre comportamento sexual não convencional e referência à infecção pelo HIV entre os homens, mas não entre as mulheres. Sabemos que as DST, inclusive a AIDS são elementos que quando presentes num determinado indivíduo sugerem comportamento sexual de risco (Moscick *et al*, 2003; Sanchez-aleman *et al*, 2002).

Não tendo sido feitas sorologias, não se pode confirmar o diagnóstico de AIDS apenas com os dados desta pesquisa, sendo que a ausência da associação entre AIDS e comportamento sexual não convencional em mulheres pode estar relacionada ao fato delas ainda não apresentarem os sintomas clínicos da infecção pelo HIV ou mesmo nem terem conhecimento do seu *status* sorológico.

#### **6.4 Aspectos de saúde mental**

Os indivíduos com diagnóstico de compulsão sexual, transtornos relacionados às parafilias ou parafilias apresentam uma série de comorbidades psiquiátricas, tanto de eixo I como de eixo II (Deirmenjian, 2002; Kafka e Prentky, 1998; Kafka e Hennen, 2002; Raymond *et al*, 1999; McElroy *et al*, 1999; Dunsieith *et al*, 2004; Langevin e Lang, 1990; Janikowski

e Glover, 1994; Kafka e Prentky, 1998; Raymond *et al*, 2003; Black *et al*, 1997).

A depressão acompanha freqüentemente os quadros de comportamento sexual parafílico, comportamento relacionado às parafilias e compulsão sexual (Kafka e Prentky, 1998; Kafka e Hennen, 2002; Dunsieith *et al*, 2004; McElroy *et al*, 1999; Black *et al*, 1997). Houve maior referência de histórico de tratamento pregresso ou atual de depressão nos indivíduos com comportamento sexual não convencional, mas esta associação não se mostrou estatisticamente significativa. Encontramos apenas tendência estatística para maior freqüência de relato de comportamento sexual não convencional em mulheres que referiram tratamento para depressão.

O instrumento aplicado nesta pesquisa não permite confirmar o diagnóstico de depressão. A pergunta do instrumento sobre este item referia-se à realização no presente ou no passado de tratamento para depressão. A falta de associação estatística pode estar ligada a uma série de fatores. Em primeiro lugar não usamos uma escala validada para aferir a presença atual ou pregressa de transtornos do humor. Segundo, muitas pessoas podem ter tido no passado ou atualmente depressão sub-clínica ou leve e não recorreram a tratamento.

Pode-se supor que se a pergunta fosse sobre o auto-relato de depressão (e não de tratamento) ou fosse usada escala validada para sua aferição poderia-se ter encontrado associação significativa, pelo menos entre as mulheres desta amostra. Por outro lado, a elaboração da pergunta sobre depressão, no questionário, priorizou o histórico de tratamento, o que pode

dar uma idéia mais precisa de que realmente determinado indivíduo teve um episódio depressivo suficientemente grave para requerer tratamento. No entanto, não se pode afirmar categoricamente isto, uma vez que não houve especificação sobre que tipo de tratamento foi realizado, se médico ou alternativo.

Em estudo realizado na Nova Zelândia, 992 indivíduos (487 mulheres) foram avaliados de forma transversal quanto à presença de alguns transtornos psiquiátricos, a saber: ansiedade, depressão, transtornos alimentares, abuso de substâncias, transtorno de personalidade anti-social, transtorno bipolar e esquizofrenia (Ramraka *et al.*, 2000). Foram também avaliados quanto ao risco de apresentarem comportamento sexual de risco, definido como ter tido três ou mais parceiros sexuais no último ano, uso irregular de preservativos, presença de DST ao longo da vida e início da vida sexual antes dos dezesseis anos de idade. Abaixo são apresentados os riscos relativos para comportamento sexual de risco, presença de DST e início da vida sexual antes dos dezesseis anos de idade, respectivamente, comparando indivíduos com os diagnósticos psiquiátricos abaixo com aqueles sem diagnóstico psiquiátrico. O asterisco (\*) indica valor de  $p < 0,05$ .

- Indivíduos com transtornos ansiosos: 1,2 (0,7 – 2,0); 1,6 (1,0 – 2,6)\* ; 1,1 (0,8 – 1,6).
- Indivíduos com transtornos alimentares: 2,7 (0,9 – 7,6); 0,7 (0,1 – 4,9); 2,2 (1,3 – 3,6)\*.

- Indivíduos com história de abuso de substâncias: 2,4 (1,8 – 3,3)\*; 2,6 (1,7 – 4,0)\*; 2,1 (1,7 – 2,6)\*.
- Indivíduos com transtorno de personalidade anti-social: 2,4 (1,6 – 3,7)\*; 3,2 (1,6 – 6,5)\*; 2,8 (2,0 – 3,8)\*.
- Indivíduos com episódio maníaco: 2,5 (1,2 – 5,0)\*; 4,4 (2,3 – 8,3)\*; 1,3 (0,7 – 2,6).
- Esquizofrênicos: 2,1 (1,2 – 3,7)\*; 2,3 (1,1 – 4,8)\*; 2,3 (1,6 – 3,2)\*.

Assim, observa-se que as maiores associações de transtornos psiquiátricos com comportamento sexual de risco, presença de DST e início da vida sexual antes dos dezesseis anos de idade ocorreram com transtornos psiquiátricos em que a desinibição e o comportamento impulsivo (por exemplo, personalidade anti-social, mania e abuso de substâncias) estão mais presentes.

Desta forma, nota-se que o comportamento sexual de risco está mais presente em indivíduos com transtornos psiquiátricos e pode ser usado como um parâmetro negativo de saúde mental. Novos estudos poderão elucidar se os comportamentos sexuais não convencionais são preditores de possível desenvolvimento de transtornos psiquiátricos, sobretudo aqueles com características impulsivas e de desinibição, ou se os transtornos psiquiátricos deixam os indivíduos mais expostos ao comportamento sexual não convencional.



Resultados de diversos estudos realizados com indivíduos com parafilias, transtornos relacionados às parafilias e com compulsão sexual apontam histórico de diagnóstico ao longo da vida de transtorno do estresse pós-traumático, sendo que estes índices variam entre 5% a 14% para parafilias e de 0% a 6% para compulsão sexual (Kafka e Prentky, 1998; Kafka e Hennen, 2002).

Em nossa amostra, foi encontrada maior referência a comportamento sexual não convencional nas mulheres que referiram tratamento para transtorno do estresse pós-traumático do que nas que não referiram este tratamento, respectivamente, 42,9% vs 30,0%. O mesmo foi encontrado entre os homens 61,7% vs 51,8%. Estas diferenças apresentaram significância estatística. Para fins de comparação, ao se inverter a ordem de apresentação destes mesmos resultados, observa-se que 11,9% das mulheres e 6,4% dos homens com comportamento sexual não convencional referiram tratamento para transtorno do estresse pós-traumático, índice semelhante ao encontrado nos estudos citados anteriormente.

Em recente estudo realizado com amostra representativa da população da Suécia, composta por 1.279 homens e 1.171 mulheres, foram encontrados diversos parâmetros negativos de saúde física e mental entre indivíduos com comportamento sexual excessivo (Langstrom e Hanson, 2006). Neste estudo, foi encontrado que os homens com comportamento sexual excessivo comparados àqueles sem referência a este comportamento apresentam:

- Menor idade;
- Maior histórico de separação dos pais durante a infância;
- Mais chance de viverem em grandes centros urbanos;
- Iniciam a vida sexual mais cedo;
- Maior frequência de relacionamentos homossexuais;
- Maior recorrência a serviços de prostituição;
- Mais referência de comportamentos exibicionistas, voyeuristas e sadomasoquistas;
- Mais problemas relacionais;
- Maior número de infecções por DST;
- Maior frequência de uso de tabaco, álcool e drogas ilegais.

Para mulheres, os resultados foram os mesmos dos homens, exceto pela associação entre comportamento sexual excessivo e histórico de abuso sexual na infância (Langstrom e Hanson, 2006).

Em nossa amostra, à semelhança deste estudo, foram encontrados parâmetros negativos de saúde física (maior número de infecções por DST, maior frequência de uso de tabaco e álcool) entre aqueles que referiram comportamento sexual não convencional em suas vidas comparados àqueles que não referiram este comportamento.

A associação encontrada entre comportamentos exibicionistas, voyeuristas e sadomasoquistas com comportamento sexual excessivo

(Langström e Hanson, 2006) sugere que o comportamento sexual não convencional pode estar associado à compulsão sexual.

Tanto para homens como mulheres houve associação positiva entre tratamento para dependência por álcool e comportamento sexual não convencional. Com relação ao tratamento para dependência por droga esta associação ocorreu apenas em mulheres, sendo que entre os homens houve apenas tendência estatística. Estes achados se assemelham ao de diversos outros estudos realizados com indivíduos com diagnósticos de parafilias (Kafka e Prentky, 1998; Kafka e Hennen, 2002; Raymond *et al.*, 1999; Dunsieath *et al.*, 2004; Langevin e Lang, 1990) e de compulsão sexual (McElroy, 1999; Kafka e Prentky, 1998; Janikowski e Glover, 1994; Kafka e Hennen, 2002; Raymond *et al.*, 2003).

Além disso, é conhecida a associação entre abuso de drogas e comportamento sexual de risco que leva a infecções por DST e HIV (Sanchez-aleman *et al.* 2002; Benotsch *et al.*, 1999; Leukefeld *et al.*, 2005), condições estas que foram associadas ao comportamento sexual não convencional em nossa amostra.

## 6.5 Aspectos de saúde sexual

Houve diferenças significativas entre o comportamento sexual de indivíduos com referência em suas vidas de comportamento sexual não convencional com o restante da amostra. Estas diferenças repousam sobre aspectos vinculados ao sexo praticado pelo ato em si e não de sexo em que o parceiro ou a parceira estão em primeiro lugar, dentro de um contexto relacional mais afetivo e erótico. A busca por novas sensações, mais intensas e arriscadas para a saúde física e psicológica foi uma característica dos indivíduos com comportamento sexual não convencional, à semelhança do que ocorrem com os indivíduos diagnosticados com parafilias, transtornos relacionados às parafilias e compulsão sexual.

Como visto, em média, a iniciação sexual de indivíduos com comportamento sexual não convencional ocorre um ano antes da iniciação sexual daqueles sem referência a estes comportamentos. Para os homens com relato de comportamento sexual não convencional ela ocorre antes dos dezesseis anos de idade, fator este considerado como comportamento sexual de risco (Zelava *et al.*, 1997; Ramrakha *et al.*, 2000).

As mulheres com referência a comportamento sexual de risco além de iniciarem mais cedo a vida sexual também apresentaram maior número médio de filhos do que as que não referiram o comportamento. Em estudo realizado na Nicarágua, observou-se que a pouca latência entre o início da vida sexual e a primeira gravidez estava associada a baixo nível de

informação sobre sexo seguro e a menor nível de escolaridade (Zelava *et al.*, 1997).

É provável que as mulheres com comportamento sexual não convencional tenham referido maior número de filhos ou porque iniciaram a vida sexual mais cedo ou porque tiveram mais relações sexuais de risco. Para os homens, foi encontrado maior número de filhos entre os que referiram o comportamento, mas esta diferença não foi estatisticamente significativa.

Tanto para homens como para mulheres, o número médio de parceiros sexuais nos últimos doze meses foi maior entre aqueles com referência de comportamento sexual não convencional, outro fator relacionado ao comportamento sexual de risco (Kalichman e Rompa, 2001; Kelly e Kalichman, 1995; Stein *et al.*, 2005; Szwarcwald *et al.*, 2000). O número de relações sexuais realizadas e desejadas por semana foi maior, tanto para homens como para mulheres que referiram comportamento sexual não convencional.

Não se pode responder, a partir dos dados deste estudo, se é o apetite sexual excessivo que impele os indivíduos com comportamento sexual não convencional a buscar vários parceiros ou se é a procura que eles fazem em busca de potenciais parceiros e parceiras que aceitem participar destes tipos de comportamentos sexuais não convencionais que torna este número elevado.

Foram observadas que as práticas sexuais bastante convencionais e freqüentes em um encontro sexual, tais como beijos, abraços e penetração

(do pênis na vagina) foram menos freqüentes entre os indivíduos que referiram atividade sexual não convencional. De acordo com Abdo (2004b), respectivamente para mulheres e homens brasileiros, as porcentagens destas práticas sexuais foram:

- Beijos: 89,8% e 89,2%;
- Abraços: 82,1% e 80,5%;
- Penetração: 80,7% e 78,3%.

Práticas sexuais com menor freqüência em um encontro sexual foram, de acordo com Abdo (2004b), respectivamente em mulheres e homens:

- Sexo oral: 62,4% e 66,8%;
- Sexo anal: 15% e 28,4%;
- Masturbação mútua: 44,5% e 46,6%;
- Penetração em outros orifícios do corpo: 6,7% e 10,8%;
- Outras posições sexuais: 3,4% e 3,9%.

Estas práticas menos freqüentes na população em geral associaram-se de forma estatisticamente significativa ao relato de comportamento sexual não convencional na amostra. Ou seja, as práticas menos referidas na amostra em geral foram justamente aquelas que contaram com o maior número de indivíduos com relato de comportamento sexual não

convencional. O contrário ocorreu com as práticas mais freqüentes. Isto pode expressar a necessidade que estes indivíduos têm de buscar sensações prazerosas mais intensas e diferentes ou ainda pode significar que necessitem de mais estímulos sexuais para obter a excitação sexual. O uso de objetos, imagens e fetiches e necessidade de posições sexuais variadas foi mais freqüente nos indivíduos que referiram comportamento sexual não convencional.

Foram encontrados maiores índices de comportamento sexual não convencional entre os indivíduos com queixas de perda de concentração e do prazer durante a atividade sexual. Talvez os indivíduos com comportamento sexual não convencional recorram a estes comportamentos a fim de aumentar o estímulo sexual para superarem estas dificuldades sexuais. Ademais, homens com disfunção erétil e ejaculação precoce tiveram maior a freqüência de comportamento sexual não convencional, com significância estatística para a primeira condição e tendência estatística para a segunda condição.

Destacou-se o fato dos indivíduos que referiram relacionamento homossexual uma única vez apresentarem maior referência a comportamento sexual não convencional, indicando que o grupo com comportamentos sexuais não convencionais procuram ampliar o espectro de atividades sexuais em suas vidas, incluindo com mais freqüência os relacionamentos homossexuais.

Além da compulsão sexual ser mais prevalente entre os homens, esta parece ser maior ainda entre os homossexuais e bissexuais (Black,

2000; Langstrom e Hanson; 2006). A maior frequência encontrada de comportamento sexual não convencional na amostra de indivíduos com orientação homossexual e bissexual é mais um fator indicativo de compulsividade sexual do grupo com comportamentos sexuais não convencionais. A bissexualidade é mais um elemento dentro do maior repertório de práticas sexuais dos indivíduos que referiram comportamentos sexuais não convencionais.

A dispareunia é uma disfunção pouco freqüente entre os homens. De acordo com o Estudo da Vida Sexual do Brasileiro (EVSB), este índice foi de 4,5% para os homens (Abdo, 2004b). As principais causas desta condição entre os homens são problemas envolvendo a glândula, testículos e próstata e podem estar associadas à DST (Wabrek e Wabrek, 1975). A maior frequência desta disfunção entre os indivíduos com comportamento sexual não convencional pode estar relacionada tanto à prática sexual empregada (atividades masoquistas) ou a histórico de DST que é maior neste grupo.

Indivíduos com comportamento sexual compulsivo estão mais sujeitos a infecções por DST, inclusive por HIV, pois o número de parceiros é maior. Ambas as condições foram achados desta pesquisa na amostra de indivíduos com comportamento sexual não convencional. As práticas sexuais desprotegidas costumam ser mais freqüentes, devido à impulsividade (Kafka e Hennen, 1999; Benotsch *et al.*, 1999).

Entretanto, para homens que referiram uso de preservativo “sempre” em suas relações sexuais, a frequência de comportamento sexual não



convencional foi maior (56,0%) do que naqueles que referem “não uso ou às vezes” (50,1%). Desta forma, o uso de preservativos foi ainda baixo, para os dois grupos. As práticas sexuais não convencionais de nossa amostra foram mais freqüentes do que se poderia supor, como próprio Kinsey *et al.* (1948) já haviam descrito em sua pesquisa. As práticas podem ser não convencionais, no entanto o histórico destas atividades na vida das pessoas desta amostra foi alto e o uso de preservativos provavelmente é feito de forma mais incorreta no grupo com comportamento sexual não convencional, devido às características das práticas sexuais desta população e pelo fato do comportamento sexual não convencional ter apresentado maior referência a histórico de infecção por HIV e DST.

Não obstante os indivíduos com comportamento sexual não convencional referirem mais DST, HIV, uso da “pílula do dia seguinte” e aborto provocado, estes referiram ter medo de adquirir DST mais freqüentemente. Para homens, foi encontrada associação entre medo de engravidar a parceira e comportamento sexual não convencional.

Este fato pode ter ocorrido porque os indivíduos com comportamento sexual não convencional apresentam maior compulsividade sexual e se expõem mais a comportamentos sexuais arriscados. Isto pode ter gerado o maior medo em relação a estes itens. Alternativamente, pode-se supor que apesar do medo de contaminação por DST ou de engravidar a parceira estes não deixaram de realizar práticas sexuais mais inseguras.

É conhecida a associação entre parafilias e compulsão sexual com histórico de abuso sexual sofrido na infância (Coleman, 1992; Carnes, 1991).

Em mulheres, o abuso sexual na infância associa-se a uma série de transtornos psiquiátricos na vida adulta, tais como transtorno do estresse pós-traumático, depressão e transtornos ansiosos (Browne *et al.*, 1986; Polusny *et al.*, 1995).

Em mulheres, histórico de violência sexual sofrida associa-se a quadros de diminuição do desejo sexual, aversão sexual e compulsão sexual (Noll *et al.*, 2003) e no futuro ficam mais propensas ao comportamento sexual de risco (Sharma, 2003). A violência sexual sofrida ou leva à aversão sexual ou leva ao pólo oposto da compulsão sexual. Acredita-se que estas mulheres que sofreram abuso vivem na ambivalência entre a aversão sexual e a compulsão sexual. Ter vários parceiros sexuais e comportamento sexual excessivo seria uma forma de reviver a experiência traumática do passado numa tentativa de reparar o evento traumático (Noll *et al.*, 2003).

Nesta amostra, a violência sexual sofrida associou-se de forma estatisticamente significativa a comportamento sexual não convencional, tanto em mulheres como em homens, mas não se têm elementos para afirmar em que época estas violências ocorreram. Assim, não se sabe se a violência sexual sofrida predispõe os indivíduos ao comportamento sexual não convencional ou se foi o fato dos indivíduos com relato de comportamento sexual não convencional estarem mais expostos a situações de risco de violência, tais como sexo grupal, a três, receber dinheiro por sexo e comportamentos sadomasoquistas.

Receber informação sobre sexo na vida é importante instrumento para a prevenção de comportamento sexual de risco (Williams e Wimberly,

2006, Fongkaew *et al.*, 2007). Nesta amostra, para as mulheres, foi encontrado que não ter recebido este tipo de informação aumentou a chance de referir presença de um ou mais comportamentos sexuais não convencionais.

Desta forma, a informação precoce sobre aspectos relativos à sexualidade torna-se um instrumento importante para a condução de um comportamento sexual mais responsável e sadio.

Masters e Johnson (1970) apontam que os fracassos sexuais ocorridos no início da vida sexual podem se perpetuar na vida adulta devido à insegurança e à ansiedade de desempenho geradas. Estes fracassos que ocorrem no início da vida sexual podem ser absolutamente normais e podem ocorrer apenas devido à inexperiência ou devido ao local ou a situações pouco confortáveis onde ocorreu o primeiro intercuro sexual. Freund *et al.* (1986) destaca que a ruptura numa das etapas teóricas e ideais entre o encontro, o cortejo e o intercuro sexual leva o indivíduo a práticas sexuais parafílicas.

Nesta amostra, tanto para homens como para mulheres, dificuldades sexuais apresentadas no início da vida sexual também se associaram ao relato de comportamento sexual não convencional. A informação sobre sexo nesta época poderia ajudar na solução destas dificuldades e evitar o risco do indivíduo ter o desenvolvimento de sua sexualidade prejudicado pelo trauma de dificuldades sexuais experimentadas nos primeiros encontros sexuais. Estas dificuldades podem ter exposto os indivíduos a uma parada do desenvolvimento pleno de sua sexualidade compelindo-os a participarem ou

a procurarem atividades sexuais pouco convencionais ou mais excitantes para superarem as suas dificuldades sexuais.

Mais de sete orgasmos por semana, durante um período de seis meses, em indivíduos acima dos quinze anos de idade, caracterizam um estado de hipersexualidade (Kafka, 1997; Kinsey *et al.*, 1948). Nesta amostra, foram encontrados maiores índices de comportamento sexual não convencional entre os indivíduos com mais de sete orgasmos semanais.

Para Laumann *et al.* (1994) torna-se mais importante para a definição do estado de hipersexualidade o tipo de orgasmo obtido. A definição de sexualidade excessiva deve ser baseada em quão altas são as taxas de sexo impessoal, ou seja, o sexo voltado para o ato em si. O sexo pessoal é aquele em que os indivíduos estão envolvidos num contexto afetivo e erótico. Assim, é a atitude psicológica do indivíduo que determina se o sexo é pessoal ou impessoal.

Desta forma, é possível tratar um parceiro ou parceira sexual de longa data como um “objeto sexual”. De maneira similar, é possível obter uma conexão profunda, humana e com sentimentos nobres junto a um parceiro ou parceira tendo ficado apenas uma noite juntos (Langström e Hanson, 2006). Exemplos de sexo impessoal são os comportamentos sexuais não convencionais estudados aqui, em que o comportamento sexual está motivado pelo ato em si ao invés de uma motivação ou interesse em uma pessoa, em particular.

Em nossa amostra foram encontrados maiores índices de comportamento sexual não convencional entre os indivíduos que referiram

infidelidade e parceria sexual ocasional, “sem compromisso” e a infidelidade contribui para instabilidade num relacionamento (Whisman *et al.*, 1997). De acordo com estudo realizado com 3.000 indivíduos nos EUA, observou-se que a chance para um indivíduo apresentar infidelidade dentro de uma relação estável está associada à insatisfação com o relacionamento, ser divorciado, estar casado há muito tempo (sobretudo aqueles que se casaram aos 16 anos de idade) e apresentar mais oportunidades de encontros sexuais (trabalhar fora amplia a rede de contatos interpessoais) (Atkins *et al.*, 2001).

É conhecida a associação entre compulsão sexual e conflitos relacionados à orientação e identidade sexuais, o que pode levar a depressão e a conflitos psicológicos relacionados à auto-imagem (Hijazi *et al.*, 2000). Nessa amostra, indivíduos que não aceitam o sexo biológico e querem mudá-lo e mulheres que se submeteram ao tratamento de mudança de sexo (totalizando apenas quatro indivíduos) apresentaram maior frequência de relato de comportamento sexual não convencional. Não houve especificação no questionário que tipo de tratamento para mudar de sexo foi utilizado (se clínico apenas ou também cirúrgico).

## **6.6 Resultados do modelo final de regressão logística multivariada**

O modelo final de regressão logística apontou diversas associações entre os parâmetros investigados na pesquisa e o comportamento sexual

não convencional. Para fins didáticos os achados da regressão logística foram divididos em parâmetros sócio-demográficos (gênero; estado civil; raça e educação) e de saúde física, mental e sexual.

### **6.6.1 Gênero**

O risco para apresentar referência a comportamento sexual não convencional foi aproximadamente duas vezes maior para os homens do que para as mulheres, de forma independente. Este dado está de acordo com estudos que mostram que tanto as parafilias (Sharma, 2003; Kafka, 1993; Bradford *et al.*, 1992) como a compulsão sexual (Carnes, 1998) são mais freqüentes em homens que em mulheres (Carnes, 1998).

### **6.6.2 Estado civil**

Assim como os comportamentos sexuais parafílicos e as compulsões sexuais, os comportamentos sexuais não convencionais freqüentemente são secretos, quando a parceira ou parceiro de uma relação estável não participam destas práticas. Seja pela vergonha, culpa ou possíveis julgamentos morais que o portador desta condição possa receber dos amigos e da sociedade, muitas vezes eles são revelados quando há

necessidade de se tratar uma comorbidade psiquiátrica ou quando o parceiro ou parceira se nega a participar destas atividades (APA, 2002).

Quando revelados ao parceiro ou parceira sexual do indivíduo, isto se torna muitas vezes razão suficiente para provocar instabilidade nos relacionamentos afetivos dos indivíduos ou mesmo separações e divórcio (Sharma, 2003).

Comparados aos casados, foi encontrada chance 20% maior de referência a comportamento sexual não convencional entre os indivíduos solteiros e chance 40% maior entre os divorciados. Como não se podem estabelecer correlações temporais, levantam-se possíveis explicações sobre este achado, a serem confirmados ou refutados em futuras pesquisas.

Os indivíduos com comportamento sexual não convencional, à semelhança dos indivíduos com compulsão sexual e parafilias, podem apresentar dificuldades relacionais decorrentes de suas atividades não convencionais (APA, 2002).

Os divorciados – que vêm de casamentos que não deram certo – podem estar em busca de novas parcerias sexuais e, neste percurso, recorrerem a atividades sexuais pouco convencionais. Provavelmente, indivíduos com comportamento sexual não convencional devem apresentar maior dificuldade em manter um relacionamento mais afetivo e estável.

Os solteiros podem buscar mais comportamentos sexuais não convencionais, por não estarem comprometidos em uma relação estável (casamento ou concubinato) e apresentarem maiores oportunidades de encontros sexuais.

### 6.6.3 Raça e educação

A maior chance de referir comportamento sexual não convencional foi observada entre os indivíduos de cor negra e com menores níveis de escolaridade. O nível de escolaridade é utilizado com frequência para se determinar o nível sócio-econômico dos indivíduos em diversas pesquisas (Schrijvers *et al.*, 1998). Ademais, sabe-se que as populações de cor negra, principalmente, e parda, em menor número, são aquelas que apresentam os menores índices positivos de desenvolvimento sócio-econômico do que as de cor branca (Williams *et al.*, 2001; Adler e Newman, 2002; IBGE, 2000).

A relação entre comportamento sexual não convencional e menor inserção sócio-econômica poderia ser elucidado através de estudos longitudinais, por meio de coletas periódicas de informações sobre o seu *status* sócio-econômico e de suas práticas sexuais.

### 6.6.4 Aspectos de saúde física, mental e sexual

Foram encontrados indicativos negativos de saúde física e mental na amostra de indivíduos com comportamento sexual não convencional que se mantiveram com significância estatística no modelo final de regressão logística multivariada.

A chance de um indivíduo que refere tratamento para dependência de álcool apresentar comportamento sexual não convencional foi duas vezes



maior do que aqueles sem referência a este tipo de tratamento. É conhecida a associação entre dependência ou abuso de álcool e comportamento sexual de risco (Schiltz e Sandfort, 2000; Eich-Hochli *et al.*, 1998).

Estudo mostrou que 32,9% dos indivíduos que fazem uso abusivo do álcool têm relações sexuais com múltiplos parceiros e apresentam baixas taxas de uso de preservativo, comparados a 8,5% daqueles sem este hábito (Stein *et al.*, 2005).

Na literatura são encontrados diversos estudos que correlacionam o transtorno do estresse pós-traumático a histórico de violência sexual sofrida na infância, sobretudo entre as mulheres (Allers *et al.*, 1993; Risser *et al.*, 2006; Cortina *et al.*, 2006). Ademais, é conhecida a associação entre histórico de abuso sexual na infância e compulsão sexual (Carnes e Delmonico, 1996; Noll *et al.*, 2003).

Violência sexual e transtorno do estresse pós-traumático foram associados ao comportamento sexual não convencional. Estas duas condições se associaram de maneira independente ao comportamento em estudo.

No modelo final de regressão logística permaneceram duas variáveis que são indicativas de comportamento sexual compulsivo: histórico de contracepção de emergência (uso da “pílula do dia seguinte”) e orientação bissexual, resultado este de acordo com outros estudos (Black, 2000 e Langström e Hanson, 2006). Foi verificado que quando a variável independente de orientação sexual foi colocada junto a variável independente de prática de sexo anal, no modelo de regressão logística,

apenas a homossexualidade perdeu significância estatística. Ao retirar o efeito independente da prática do sexo anal, freqüentemente presente entre os homossexuais, verificamos que não é a homossexualidade em si que se associa ao comportamento sexual não convencional, mas apenas a bissexualidade.

Por outro lado, a prática de sexo anal está associada ao comportamento sexual não convencional de forma significativa e independente. Curiosamente, não permaneceram no modelo, como haveria de se esperar, práticas sexuais ainda menos freqüentes na população, como penetração do pênis em outros orifícios do corpo (Abdo, 2004). Este fato pode ter ser explicado pelo baixo número de indivíduos que referiram este comportamento em nossa amostra.

Sexo oral raramente tem sido descrito como fonte de infecção para HIV, mas se associa a transmissão de outras DST, como o linfogranuloma venéreo (Spitzer e Weiner, 1989; Bouscarat, 2005). Considerado por muitos como segura, esta prática permaneceu significativa no modelo de regressão logística final, configurando como mais uma atividade sexual que expõe os indivíduos com comportamento sexual não convencional a maior risco de contaminação por DST.

Presença de dificuldades no início da vida sexual aumentou em 30% a chance de referir comportamento sexual não convencional comparativamente àqueles sem este histórico. Nenhuma disfunção sexual permaneceu com significância estatística no modelo de regressão logística. Conclui-se que, nesta amostra, dificuldades sexuais no início da vida sexual

são mais importantes do que as disfunções sexuais para explicar o comportamento sexual não convencional.

### **6.7 Implicações para futuras pesquisas**

Os resultados deste trabalho mostram que os indivíduos com referência de comportamento sexual não convencional apresentam diferenças estatisticamente significantes quanto a diversos parâmetros de saúde física, mental e sexual e também diferenças sócio-demográficas em relação aqueles sem referência a estes comportamentos.

Este trabalho não tem por intenção normatizar o comportamento sexual entre o que é convencional e não convencional, mas apenas indicou que a presença deles num determinado indivíduo relacionou-se mais freqüentemente a comportamentos sexuais de risco e a correlatos negativos de saúde.

Novos estudos sobre este tema deverão se pautar no sentido de verificar se estes comportamentos sexuais não convencionais podem evoluir para transtornos psiquiátricos (transtorno do estresse pós-traumático, depressão, abuso e dependência de álcool) e para transtornos sexuais (parafilias e comportamento sexual compulsivo).

Este estudo trouxe pistas importantes de quais parâmetros de saúde física devem ser investigados em novas pesquisas. Infecções por

DST, inclusive AIDS e câncer de útero devem constar em futuros levantamentos.

Da mesma forma, este estudo levantou importantes questões a serem respondidas em futuras pesquisas, através de estudos transversais com referência ao início, tempo e duração dos sintomas ou através de estudos longitudinais acerca de como evoluem os comportamentos sexuais não convencionais ao longo do tempo em relação a: condições sócio-econômicas, violência e histórico sexual e influência da cultura presente em cada geração e em cada região do País.

## **6.8 Implicações para a clínica**

Os comportamentos sexuais não convencionais devem ser valorizados pela clínica e pesquisados com o paciente, uma vez que estes comportamentos estão associados a indicativos negativos de saúde física, mental e sexual.

Informações sobre sexo são fundamentais não só no sentido de se evitar gravidezes indesejadas ou DST, mas também no sentido de se evitar comportamentos sexuais não convencionais que expõem os indivíduos a diversos riscos à sua saúde. Temas relacionados à orientação sexual também devem ser discutidos e as dúvidas esclarecidas junto aos pacientes e à comunidade, sobretudo junto aos bissexuais, que apresentaram grande frequência de comportamento sexual não convencional.

Para os indivíduos com histórico de violência sexual sofrida, contracepção de emergência e transtorno do estresse pós-traumático a investigação pelo clínico de seus hábitos e preferências sexuais é importante, uma vez que estas condições estiveram associadas a relato de comportamento sexual não convencional.

O fato de termos encontrado associações positivas entre comportamento sexual não convencional e parâmetros indicativos de compulsividade sexual mostra que o clínico deve valorizar o relato destes comportamentos sexuais não convencionais por serem um indicativo de comportamento sexual de risco, colocando-se numa posição de escuta e de acolhimento, ao mesmo tempo de pesquisa, tratamento e orientações específicas sobre como obter e manter uma vida sexual mais saudável.

Estratégias de prevenção para a presença de comportamentos sexuais não convencionais devem incluir: mais educação, combate e tratamento do consumo excessivo de álcool e do uso de drogas e tratamento precoce de dificuldades sexuais e de comorbidades psiquiátricas.

## **6.9 Limitações do estudo**

Este estudo foi realizado com amostra de conveniência e não com amostra probabilística. Assim, estes dados não podem ser extrapolados para o restante da população brasileira.

Não foram utilizadas escalas validadas para o diagnóstico das condições de saúde mental e sexual neste estudo. Assim, condições de saúde mental e sexual sub-clínicas não percebidas ou desconhecidas pelos indivíduos podem não ter sido computadas, o que pode ter levado a viés de informação. Por outro lado, estas condições também podem ter sido referidas por alguns indivíduos sem que os mesmos apresentassem-nas em características clínicas suficientes para se firmar um diagnóstico.

Da mesma forma, o uso de sorologias e de testes diagnósticos para as condições clínicas pesquisadas seria uma forma de conferir os respectivos diagnósticos.

O uso de questionários auto-responsivos facilita mais a coleta de informações pessoais que possam ser constrangedoras aos indivíduos do que as coletadas em inquéritos realizados diretamente com o entrevistador, sobretudo quanto o tema é sexualidade. Por outro lado, limita o acesso a analfabetos, que foram excluídos da pesquisa. No entanto, preferiu-se a coleta do maior número de informações sobre comportamento sexual nos indivíduos com maior poder de privacidade à inclusão dos analfabetos.

Novos estudos deverão descrever com mais detalhes as diferenças entre os comportamentos sexuais não convencionais de acordo com o gênero (masculino e feminino), através da realização de modelos de regressão logística multivariada exclusivamente para cada gênero.

## ***CONCLUSÕES***

## 7 Conclusões

Para ambos os gêneros, foi alta a frequência de comportamentos sexuais não convencionais. A frequência deste comportamento foi maior no gênero masculino que no gênero feminino.

Dos dez comportamentos sexuais não convencionais, aqueles socialmente mais aceitos foram os mais frequentes, a saber: comportamento fetichista e comportamento voyeurista. Por outro lado, comportamentos socialmente menos sancionados como receber dinheiro por sexo, relação sexual com animais e troca de casais, foram menos frequentes.

Encontramos associações estatisticamente significantes entre o comportamento sexual não convencional referido e parâmetros sócio-demográficos, de saúde física mental e sexual.

Para os parâmetros sócio-demográficos encontramos o comportamento sexual não convencional associado a:

- Regiões menos favorecidas sócio-economicamente (Centro-oeste e Nordeste) de forma positiva e região mais favorecida sócio-economicamente (Sudeste), de forma negativa;



- Menor idade média, tanto para homens como para mulheres;
- Menor faixa etária entre os homens e faixas etárias de 26 a 40 anos e acima dos 61 anos de idade, para mulheres;
- Raça/cor negra e parda, em ambos os gêneros;
- Estado civil: amasiadas, divorciadas e viúvas, entre as mulheres e divorciados, solteiros e amasiados, entre os homens;
- Menor nível de escolaridade, tanto para homens como para mulheres;
- Maior número médio de filhos entre as mulheres.

Para os parâmetros de saúde física encontramos o comportamento sexual não convencional associado a:

- Para ambos os gêneros: histórico de DST e de uso de álcool e tabaco;
- Para homens: histórico de AIDS e tratamento para dependência por tabaco;
- Para mulheres: câncer de mama e câncer de útero.

Para os parâmetros de saúde mental encontramos o comportamento sexual não convencional associado a:

- Para ambos os gêneros: histórico de tratamento para transtorno do estresse pós-traumático, dependência por álcool e uso de drogas;
- Para mulheres: história para tratamento para dependência por drogas

Para os parâmetros de saúde sexual encontramos o comportamento sexual não convencional associado a:

Para ambos os gêneros:

- menor idade média de início da vida sexual
- maior número de parceiros sexuais, de relações sexuais realizadas e desejadas e de orgasmos semanais; masturbação mútua; sexo oral; sexo anal; penetração do pênis em outros orifícios do corpo; uso de objetos, imagens e fetiches; receber ou penetrar o pênis na vagina (associação negativa); dificuldades no início da vida sexual; histórico de violência sexual sofrida; orientação sexual homossexual e bissexual; histórico de relacionamento homossexual (uma única vez); não aceitação do próprio corpo; perda de concentração na atividade sexual; perda do prazer sexual; histórico de contracepção de emergência; infidelidade; parceria sexual ocasional; medo de adquirir DST.

Para o gênero feminino:

- menos informação de sexo na vida;
- histórico de tratamento para mudança de sexo e de aborto provocado.

Para o gênero masculino:

- não beijar durante a atividade sexual;
- necessidade de outras posições sexuais; medo de engravidar a parceira; dispareunia e disfunção erétil.
- 

Na análise de regressão logística multivariada mantiveram associação estatisticamente significativa com comportamento sexual não convencional, de forma independente, as seguintes variáveis:

- pertencer ao gênero masculino;
- ser solteiro ou divorciado/separado;
- pertencer à raça negra ou à parda;
- ter nível educacional médio ou fundamental;
- apresentar histórico de tratamento para estresse pós-traumático;
- apresentar histórico para tratamento para dependência por álcool;
- apresentar histórico de contracepção de emergência (uso da “pílula do dia seguinte”);
- apresentar histórico de dificuldades no início da vida sexual;

- apresentar histórico de violência sexual sofrida;
- ter orientação sexual bissexual;
- realizar sexo anal;
- realizar sexo oral.

***ANEXOS***

**ANEXO A****Tabela 1 - Distribuição dos indivíduos de acordo a região do País. Brasil, 2000.**

<b>Região</b>	<b>%</b>
Sudeste	42,6
Nordeste	28,1
Sul	14,8
Centro-oeste	6,8
Norte	7,7
<b>Total</b>	<b>100,0</b>

**Fonte:** Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) - Censo Demográfico, 2000.

---

---

## ANEXO B

**Tabela 2 - Distribuição dos indivíduos de acordo com a unidade da Federação avaliada neste estudo. Brasil, 2000.**

<b>Unidade da Federação</b>	<b>%</b>
São Paulo	21,8
Rio de Janeiro	8,5
Minas Gerais	10,5
Bahia	7,7
Pernambuco	4,7
Rio Grande do Norte	1,6
Ceará	4,4
Paraná	5,6
Santa Catarina	3,1
Rio Grande do Sul	6,0
Mato Grosso do Sul	1,2
Distrito Federal	1,2
Pará	3,6

**Fonte:** Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) - Censo Demográfico, 2000.

## ANEXO C

Tabela 3 - Distribuição dos indivíduos de acordo com gênero, estado civil, raça e escolaridade e Unidades da Federação avaliadas neste estudo. Brasil, 2000.

	SP	BA	RJ	PE	PR	MG	RN	PA	MS	SC	DF	CE	RS
	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%
<b>Gênero</b>													
Feminino	51,02	50,56	52,05	51,68	50,47	50,54	51,04	49,42	49,95	50,16	52,16	51,17	50,97
Masculino	48,98	49,44	47,95	48,32	49,53	49,46	48,96	50,58	50,05	49,84	47,84	48,83	49,03
Total	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00
<b>Estado civil</b>													
Casado/amasiado	41,20	27,93	36,52	32,43	44,47	40,73	35,59	26,26	35,70	45,46	33,66	34,81	41,43
Separado/divorciado	4,91	1,93	5,09	2,41	3,97	3,69	2,39	1,49	4,52	4,10	4,63	2,21	4,92
Viúvo	5,00	3,55	6,07	4,53	4,91	5,12	3,96	2,85	4,07	4,57	2,93	3,80	5,70
Solteiro	48,89	66,59	52,32	60,63	46,65	50,46	58,05	69,40	55,71	45,87	58,78	59,18	47,96
Ignorado	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Total	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	99,99	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,01
<b>Raça</b>													
Branca	70,70	25,20	54,69	40,84	77,24	53,58	42,19	26,10	54,66	89,33	49,15	37,28	86,55
Negra	4,39	13,02	10,62	4,93	2,84	7,80	4,55	5,50	3,42	2,65	4,80	4,11	5,17
Amarela	1,23	0,18	0,18	0,12	0,92	0,16	0,09	0,19	0,78	0,11	0,39	0,14	0,09
Parda	22,83	60,14	33,49	52,90	18,25	37,63	52,37	66,42	37,96	7,03	44,77	57,52	7,48
Indígena	0,17	0,49	0,25	0,44	0,33	0,27	0,11	0,61	2,59	0,27	0,35	0,16	0,38
Sem declaração	0,66	0,96	0,77	0,76	0,41	0,55	0,69	1,18	0,59	0,60	0,54	0,79	0,32
Total	99,98	99,99	100,00	99,99	99,99	99,99	100,00	100,00	100,00	99,99	100,00	100,00	99,99
<b>Escolaridade</b>													
Sem instrução e menos de um ano	6,66	19,91	6,39	17,81	9,26	10,44	16,72	14,47	11,56	5,19	5,18	19,90	6,00
1 a 3 anos	11,84	22,58	11,79	19,67	15,23	16,22	21,27	22,99	16,23	13,04	8,56	21,36	12,10
4 a 7 anos	31,22	27,97	30,53	29,39	31,04	35,06	28,50	30,62	33,47	38,00	26,58	27,09	38,38
8 a 10 anos	20,74	11,94	20,71	13,48	19,66	16,90	13,69	15,69	16,20	20,21	21,80	13,67	19,16
11 a 14 anos	21,83	13,92	22,23	14,49	18,61	16,36	15,01	13,02	16,54	17,67	26,07	12,63	17,86
15 anos ou mais	7,26	2,13	7,93	3,99	5,19	4,36	3,38	2,26	4,86	4,77	10,82	2,60	5,79
Não determinados	0,44	1,56	0,42	1,17	1,01	0,64	1,43	0,94	1,14	1,11	0,99	2,75	0,71
Total	99,99	100,01	100,00	100,00	100,00	99,98	100,00	99,99	100,00	99,99	100,00	100,00	100,00

Fonte: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) - Censo Demográfico, 2000.



## ***REFERÊNCIAS***

## 9 Referências

Abdo CHN, Moreira Jr ED, Fittipaldi JA. Estudo do comportamento sexual no Brasil – ECOS. *Rev Bras Med.* 2000;57(11):1329-35.

Abdo CHN, Oliveira Jr WM, Moreira ED, Fittipaldi JAS. Perfil sexual da população brasileira: resultados do estudo do comportamento sexual (ECOS) do brasileiro. *Rev Bras Med.* 2002; 59(4):250-7.

Abdo CHN. *Descobrimento sexual do Brasil.* São Paulo: Ed. Summus; 2004a.

Abdo CHN. *Estudo da vida sexual do brasileiro.* São Paulo: Bregantini; 2004b.

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

Adler NE, Newman K. Socioeconomic disparities in health: pathways and policies. *Health Aff (Millwood).* 2002;21:60-76.

Allers CT, Benjack KJ, White J, Rousey JT. HIV vulnerability and the adult survivor of childhood sexual abuse. *Child Abuse Negl.* 1993;17(2):291-8.

Alkhalil C, Tanvir F, Alkhalil B, Lowenthal DT. Treatment of sexual disinhibition in dementia: case reports and review of the literature. *Am J Ther.* 2004;11:231-35.

Allnutt SH, Bradford JM, Greenberg DM, Curry S. Co-morbidity of alcoholism and the paraphilias. *J Forensic Sci.* 1996; 41(2):234-9.

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

American Psychiatric Association (APA). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders.* 3a. ed. rev. Washington: American Psychiatric Association; 1987.

Associação Psiquiátrica Americana (APA). Transtornos sexuais e da identidade de gênero. In: *Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais.* 4a ed. rev. Art Med: Porto Alegre; 2002. p.511-53.

Atkins DC, Baucom DH, Jacobson NS. Understanding infidelity: correlates in a national random sample. *J Fam Psychol.* 2001;15(4):735-49

Baay M, Verhoeven V, Wouters K, Lardon F, Van Damme P, Avonts D, Van Marck E, Van Royen P, Vermorcken JB. The prevalence of the human papillomavirus in cervix and vagina in low-risk and high-risk populations. *Scand J Infect Dis.* 2004;36(6-7):456-9.

Baker AW. Child sexual abuse: A study of prevalence in Great Britain. *Child Abuse Negl.* 1985;9:457-67.

Balon R. Pharmacological treatment of paraphilias with a focus on antidepressants. *J Sex Marital Ther.* 1998;24(4):241-54.

Barth RJ, Kinder BN. The mislabeling of sexual impulsivity. *J Sex Marital Ther.* 1987;13:15-23.

Basaria S, Lieb J 2nd, Tang AM, DeWeese T, Carducci M, Eisenberger M, Dobs AS. Long-term effects of androgen deprivation therapy in prostate cancer patients. *Clin Endocrinol (Oxf).* 2002;56(6):779-86.

Bellastella A, Esposito D, Conte M, Ruocco G, Bellastella G, Sinisi AA, Pasquali D. Sexuality in aging male. *J Endocrinol Invest.* 2005;28(11 Suppl):55-60.

Benotsch EA, Kalichman SC, Kelly JA. Sexual compulsivity and substance use in hiv-seropositive men who have sex with men. Prevalence and predictors of high-risk behaviors. *Addict Behav.* 1999;24(6):857-68.

Black DW. The epidemiology and phenomenology of compulsive sexual behavior. *CNS Spectrums.* 2000;5:26-35.

Black DW, Kehrberg LLD, Flumerfelt DL, Schlosser SS. Characteristics of 36 subjects reporting compulsive sexual behavior. *Am J Psychiatry.* 1997;154(2):243-49.

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(supl i-iv):1-112.

Bouscarat F. Infections sexuellement transmises. Actualités cliniques et thérapeutiques. [Sexually transmitted infections. Current clinical and therapeutic data]. *Med Mal Infect.* 2005;35(5):290-98.

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

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

Bradford JM, McLean D. Sexual offenders, violence and testosterone: A clinical study. *Can J Psychiatry.* 1984;29:335-43.

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

Brown JD, Childers KW, Waszak CS. Television and adolescent sexuality. *J Adolesc Health Care*. 1990;11(1):62-70

Browne A, Finkelhor D. Impact of child sexual abuse: a review of the research. *Psychol Bull*. 1986;99:66–77.

Burns JM, Swerdlow RH. Right orbitofrontal tumor with pedophilia symptom and constructional apraxia sign. *Arch Neurol*. 2003;60(3):437-40.

Carnes P. *Don't call it love: recovery from sexual addiction*. New York: Bantam Books; 1991.

Carnes P. The obsessive shadow. *Professional Counselor*. 1998;13:15-17.

Carnes PJ, Delmonico DL. Childhood abuse and multiple addictions: Research findings in a sample of self-identified sexual addicts. *Sex Addict Compulsivity*. 1996;3:258-68.

Carrillo H. Cultural change, hybridity and male homosexuality in Mexico. *Cult Health Sex*. 1999;1(3):223-38.

Casanova MF, Mannheim G, Kruesi M. Hippocampal pathology in two mentally ill paraphiliacs. *Psychiatry Res*. 2002;115(1-2):79-89.

Centers for Disease Control and Prevention. Trends in sexual risk behavior among high school students – United States, 1991-1997. *MMWR*. 1998;47:749-752.

Coleman E. Is your patient suffering from compulsive sexual behavior? *Psychiatric Ann*. 1992;22:320-25.

Comings DE. The molecular genetics of pathological gambling. *CNS Spectrums*. 1998;3:20-37.

Cortina LM, Kubiak SP. Gender and posttraumatic stress: sexual violence as an explanation for women's increased risk. *J Abnorm Psychol*. 2006;115(4):753-9.

de Visser RO, Smith AM, Richters J, Rissel CE. Associations between religiosity and sexuality in a representative sample of Australian adults. *Arch Sex Behav.* 2007; 36(1): 33-46.

Deirmenjian JM. Pedophilia on the Internet. *J Forensic Sci.* 2002; 47(5):1090-2.

Devinsky O, Vazquez B. Behavioral changes associated with epilepsy. *Neurol Clin.* 1993;11:127-149.

Diamond M, Sigmundson HK. Management of intersexuality. *Arch Pediatr Adolesc Med.* 1997;151:1046-50.

Dietz PE, Evans B. Pornographic imagery and prevalence of paraphilia. *Am J Psychiatry.* 1982;139(11):1493-5.

Dunsieth NW Jr, Nelson EB, Brusman-Lovins LA, Holcomb JL, Beckman D, Welge JA, Roby D, Taylor P Jr, Soutullo CA, McElroy SL. Psychiatry and legal features of 113 men convicted sexual offenses. *J Clin Psychiatry.* 2004;65(3):293-300.

Earls CM, Lalumiere ML. A case study of preferential bestiality (zoophilia). *Sex Abuse.* 2002;14(1):83-8.

Eich-hochli D, Niklowitz MW, Clement U, Luthy R, Opravil M. Predictors of unprotected sexual contacts of HIV-infected persons in Switzerland. *Arch Sex Behav.* 1998;27(1):77-90.

Fongkaew W, Fongkaew K, Suchaxaya P. Early adolescent peer leader development in HIV prevention using youth-adult partnership with schools approach. *J Assoc Nurses AIDS Care.* 2007;18(2):60-71.

Foucault M. *The history of sexuality. Volume 1. An introduction.* New York: Pantheon; 1978.

Freund K, Blanchard R. The concept of courtship disorder. *J Sex Marital Ther.* 1986;12:79-92.

Freund K, Kolarsky A. A simple reference system for the analysis of sexual dysfunctions. *Psychiatr Neurol Med Psychol*. 1965;17:221-5.

Freund K, Seto MC, Kuban M. Frotteurism: Frotteurism and the theory of courtship disorder. In: Laws DR, O'Donohue W, eds. *Sexual deviance: Theory, assessment, and treatment*. New York: Guilford Press; 1997. p.111-30.

Fuller AK. Child molestation and pedophilia. An overview for the physician. *JAMA*. 1989;261(4):602-6.

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

Garnett ES, Nahmias C, Wortzman G. Positron emission tomography and sexual arousal in a sadist and two controls. *Ann Sex Res*. 1988;1:387-99.

Gold SN, Heffner CL. Sexual addiction: many conceptions, minimal data. *Clin Psychol Rev*. 1998;18:367-81.

Goodman A. Sexual addiction: designation and treatment. *J Sex Marital Ther*. 1992;18:303-14.

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

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

Halpen CT, Udry JR, Campbell B, Suchindran C, Mason GA. Testosterone and religiosity as predictors of sexual attitudes and activity among adolescent males: a biosocial model. *J Biosoc Sci*. 1994;26:217-34.

Hordem A. Intimacy and sexuality for the woman with breast cancer. *Cancer Nursing*. 2000;23(3):230-36.

Hill A, Briken P, Kraus C, Strohm K, Berner W. Differential pharmacological treatment of paraphilias and sex offenders. *Int J Offender Ther Comp Criminol.* 2003;47(4):407-21.

Hollander E, Allen A. Is compulsive buying a real disorder, and is it really compulsive? *Am J Psychiatry.* 2006;10:1670-72.

Hosmer DW, Lemeshow S. *Applied Logistic Regression.* New York / Chichester / Brisbane / Toronto / Singapore: Wiley-Interscience Publication; 1989. 307p.

Hucker S, Langevin R, Wortzman G. Neuropsychological impairment in pedophiles. *Can J Beh Sci.* 1986;18:440-8.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Sistema IBGE de recuperação automática – SIDRA Dados do Censo de 2000. [citado 15 abr 2006]. Disponível em: <http://www.sidra.ibge.gov.br/bda/popul/>

Janikowski TP, Glover NM. Incest and substance abuse: implications for treatment professionals. *J Subst Abuse Treat.* 1994;11(3):177-83.

Kafka MP. Update on paraphilias and paraphilia-related disorders. *Curr Affec Illn.* 1993;12:5-13.

Kafka MP. The paraphilia-related disorders. Nonparaphilic hypersexuality and sexual compulsivity/addiction. In: Leiblum SR, Rosen RC, eds. *Principles and practice of sex therapy.* New York: Guilford Press; 2000. p.471-503.

Kafka MP. Hypersexual desire in males: an operational definition and clinical implications for males with paraphilias and paraphilia-related disorders. *Arch Sex Behav.* 1997;26:505-26.

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. 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, 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. Hipersexual 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. The paraphilia-related disorders: an empirical investigation of nonparaphilic hipersexuality disorders in outpatient males. *J Sex Marital Ther*. 1999;25(4):305-19.

Kafka MP, Prentky R. A comparative study of nonparaphilic sexual addictions and paraphilias in men. *J Clin Psychiatry*. 1992(a); 53(10):345-50.

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

Kafka MP, Prentky R. Preliminary observations of the DSM-III-R Axis I comorbidity in men with paraphilias and paraphilia-related disorders. *J Clin Psychiatry*. 1994;55:481-87.

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.

Kalichman SC, Rompa D. The Sexual Compulsivity Scale: further development and use with HIV-positive persons. *J Pers Assess*. 2001; 76(3):379-95.

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

Kelly JA, Kalichman SC. Increased attention to human sexuality can improve HIV-AIDS prevention efforts: key research issues and directions. *J Consult Clin Psychol*. 1995;63(6):907-18.

Kinsey AC, Pomeroy WB, Martin CE. *Sexual behavior in the human male*. Philadelphia: W. B. Saunders; 1948.

Kinsey AC, Pomeroy WB, Martin CE, Gebhard PH. *Sexual behavior in the human female*. Philadelphia: W. B. Saunders; 1953.

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

Koksal F, Domjan M, Kurt A, Sertel O, Orung S, Bowers R, Kumru G. An animal model of fetishism. *Beh Res Therapy*. 2004; 42:1421-34

Krafft-Ebing R. *Psychopathia sexualis*. New York: Bell; 1965.

Krueger RB, Kaplan MS. The paraphilic and hypersexual disorders: an overview. *J Psychiatric Pract*. 2001;7:391-403.

Langevin R, Glancy GD, Curnoe S, Bain J. Physicians who commit sexual offences: are they different from other sex offenders? *Can J Psychiatry* . 1999;44(8):775-80.

Langevin R, Lang RA. Substance abuse among sex offenders. *Ann Sex Res*. 1990;3:397-424.

Langevin R, Lang RA, Wortzman G. An examination of brain damage and dysfunction in genital exhibitionists. *Ann Sex Res*. 1989a;2:77-8

Langevin R, Wortzman G, Wright P. Studies of brain damage and dysfunction in sex offenders. *Ann Sex Res*. 1989b;2:163:79.

Langstrom N, Hanson RK. High rates of sexual behavior in the general population: correlates and predictors. *Arch Sex Behav*. 2006;35(1):37-52.

Lanteri-Laura G. *Lecture des perversions*. Paris: Masson; 1979.

Laumann EO, Gagnon JH, Michael RT. *The social organization of sexuality: Sexual practices in the United States*. Chicago: University of Chicago Press; 1994.

Laumann EO, Paik A, Rosen RC. Sexual dysfunction in the United States. Prevalence and Predictors. *JAMA*. 1999;281(6):537-544.

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, eds. *Handbook of sexual assault: Issues, theories, and treatment of the offender*. New York: Plenum Press; 1990. p.209-29.

Lazoritz S, McDermott RT. Adolescent sexuality, cultural sensitivity and the teachings of the Catholic Church. *J Reprod Med*. 2002;47(8): 603-7.

Lee JK, Jackson HJ, Pattison P, Ward T. Developmental risk factors for sexual offending. *Child Abuse Negl*. 2002;26(1):73-92.

Leukefeld CG, Pechansky F, Martin SS, Surratt HL, Inciardi JA, Kessler FH *et al*. Tailoring an HIV-prevention intervention for cocaine injectors and crack users in Porto Alegre, Brazil. *AIDS Care*. 2005; 17(Sup 1):77-8.

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

Lishman WA. Brain damage in relation to psychiatric disability after head injury. *Br J Psychiatry*. 1968;114:373-412.

Lombroso C. *Criminal man*. Montclair: Patterson Smith; 1972.

Madeleine MM, Anttila T, Schwartz SM, Saikku P, Leinonen M, Carter JJ, Wurscher M, Johnson LG, Galloway DA, Daling JR. Risk of cervical cancer associated with Chlamydia trachomatis antibodies by histology, HPV type and HPV cofactors. *Int J Cancer*. 2007;120(3):650-5.

Mak R, Van Renterghem L, Cuvelier C. Cervical smears and human papillomavirus typing in sex workers. *Sex Transm Infect.* 2004; 80(2):118-20.

Maletzky BM. Offender gender. *Sex Abuse.* 1997;9:163-5.

Martin PR, Petry NM. Are non substance related addictions really addictions? *Am J Addictions.* 2005;14:1-7.

Masters W, Johnson VE. *Human sexual inadequacy.* Boston: Little Brown; 1970.

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.

McKibben A, Proulx J, Lusignan R. Relationships between conflict, affect and deviant sexual behaviors in rapists and pedophiles. *Behav Res Ther.* 1994;32(5):571-5.

Mick TM, Hollander E. Impulsive-compulsive sexual behavior. *CNS Spectr.* 2006;11(12):944-55.

Miller BL, Cummings JL, McIntyre H, Ebers G, Grode M. Hypersexuality or altered sexual preference following brain injury. *J Neurol Neurosurg Psychiatry.* 1986;49:867-73.

Money J. *Lovemaps: clinical concepts of sexual/erotic health and pathology, paraphilia, and gender transposition in childhood, adolescence and maturity.* New York: Irvington; 1986.

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

Moscicki AB, Durako SJ, Houser J, Ma Y, Murphy DA, Darragh TM, Farhat S, Wilson CM. Human papillomavirus infection and abnormal cytology of the anus in HIV-infected and uninfected adolescents. *AIDS.* 2003;17(3):311-20.

Munoz-laboy M, Castellanos D, Westacott R. Sexual risk behaviour, viral load, and perceptions of HIV transmission among homosexually active Latino men: an exploratory study. *AIDS Care*. 2005;17(1): 33-45.

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

Organização Mundial da Saúde (OMS). *Classificação de Transtornos Mentais e de Comportamento da CID-10*. Descrições clínicas e diretrizes diagnósticas. Porto Alegre: Artmed; 1993.

Peyton CL, Gravitt PE, Hunt WC, Hundley RS, Zhao M, Apple RJ, Wheeler CM. Determinants of genital human papillomavirus detection in a US population. *J Infect Dis*. 2001;183(11):1554-64.

Polusny MA, Follette VM. Long-term correlates of child sexual abuse: theory and review of the empirical literature. *Appl Prev Psychol*. 1995; 4:143-66.

Quinsey VL. The etiology of anomalous sexual preferences in men. *Ann N Y Acad Sci*. 2003;989:107-17.

Rada RT, Laws DR, Kellner R. Plasma androgens in violent and nonviolent sex offenders. *Bull Am Acad Psychiatry Law*. 1983;11(2):149-58.

Ramrakha S, Caspi A, Dickson N, Moffitt TE, Paul C. Psychiatry disorders and risky sexual behavior in young adulthood: cross sectional study in birth cohort. *BMJ*. 2000;321(7256):263-66.

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

Raymond NC, Coleman E, Ohlerking F, Christenson GA, Miner M. Psychiatric comorbidity in pedophilic sex offenders. *Am J Psychiatry*. 1999;156:786-8.

Reich J. Prevalence and characteristics of sadistic personality disorder in an outpatient veterans population. *Psychiatry Res.* 1993;48(3):267-76.

Reich J. Prevalence of DSM-III-R self-defeating (masochistic) personality disorder in normal and outpatient populations. *J Nerv Ment Dis.* 1987;175(1):52-4.

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

Risser HJ, Hetzel-Riggin MD, Thomsen CJ, McCanne TR. PTSD as a mediator of sexual revictimization: the role of reexperiencing, avoidance, and arousal symptoms. *J Trauma Stress.* 2006;19(5):687-98.

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

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

Russel DEH. The incidence and prevalence of intrafamilial and extrafamilial sexual abuse of female children. *Child Abuse Negl.* 1983; 7:133-46.

Sanchez-aleman MA, Uribe-Salas F, Conde-gonzales CJ. La infección por el virus del papiloma humano, un posible marcador biológico de comportamiento sexual en estudiantes universitarios. *Salud Publica Del México.* 2002; 44(5):442-47.

Santtila P, Sandnabba NK, Alison L, Nordling N. Investigating the underlying structure in sadomasochistically oriented behavior. *Arch Sex Behav.* 2002;31(2):185-96.

Schiavi RC, Theilgaard A, Owen DR. Sex chromosome anomalies, hormones, and sexuality. *Arch Gen Psychiatry.* 1988;45:19-24.

Schiltz MA, Sandfort TG. HIV-positive people, risk and sexual behaviour. *Soc Sc Med.* 2000; 50(11):1571-88.

Schrijvers CT, van de Mheen HD, Stronks K, Mackenbach JP. Socioeconomic inequalities in health in the working population: the contribution of working conditions. *Int J Epidemiol.* 1998;27(6):1011-8.efe

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

Singh A. Social basis of deviant sexual behaviour: a historical perspective. *Bull Indian Inst Hist Med Hyderabad.* 1999;29(1):51-62.

Spitzer PG, Weiner NJ. Transmission of HIV infection from a woman to a man by oral sex. *N Engl J Med.* 1989;320(4):251.

Stein M, Herman DS, Trisvan E, Pirraglia P, Engler P, Anderson BJ. Alcohol use and sexual risk behavior among human immunodeficiency virus-positive persons. *Alcohol Clin Exp Res.* 2005;29(5):837-43.

Stoller RJ. *The erotic form of hatred.* London: Karnac Books; 1986.

Sulloway FG. *Freud, biologist of the mind.* New York: Basic Books; 1979.

Szwarcwald CL, de Castilho EA, Barbosa A Jr, Gomes MR Costa EA, Maletta BV, de Carvalho RF, de Oliveira SR, Chequer P. Comportamento de risco dos conscritos do exército brasileiro, 1998: uma apreciação da infecção pelo HIV segundo diferenciais sócio-econômicos. *Cad Saude Publica.* 2000;16(Supl 1):113-28.

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

Torres AR, Cerqueira AT. Exhibitionism treated with clomipramine. *Am J Psychiatry.* 1993;150(8):1274.

Trimble MR, Mendez MF, Cummings JL. Neuropsychiatric symptoms from the temporolimbic lobes. *J Neuropsychiatry Clin Neurosci.* 1997; 9:429-38.

Udry JR, Billy JO, Morris NM, Groff TR, Raj MH. Serum androgenic hormones motivate sexual behavior in adolescent boys. *Fertil Steril*. 1985;43:90-94.

Uitti RJ, Tanner CM, Rajput AH, Goetz CG, Klawans HL, Thiessen B. Hypersexuality with antiparkinsonism therapy. *Clin Neuropharmacol*. 1989;12:375-83.

Wabrek AJ, Wabrek CJ. Dyspareunia. *J Sex Marital Ther*. 1975; 1(3):234-41.

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

Walker N, McCabe S. *Crime and insanity in England. New solutions and new problems*. Edinburgh: Edinburgh University Press; 1973.

Williams CR, Wimberly Y. Sexually transmitted disease prevention in adolescents and young adults. *J Natl Med Assoc*. 2006;98(2):275-6.

Whisman MA, Dixon AE, Johnson B. Therapist's perspectives of couple problems and treatment issues in couple therapy. *J Fam Psychol*. 1997;11:361-66.

Williams DR, Collins C. Racial residential segregation: a fundamental cause of racial disparities in health. *Public Health Rep*. 2001;116:404-16.

Wright P, Nobrega J, Langevin R. Brain density and symmetry in pedophilic and sexually aggressive offenders. *Ann Sex Res*. 1990;3:319-28.

Woodman CB, Collins SI, Young LS. The natural history of cervical HPV infection: unresolved issues. *Nat Rev Cancer*. 2007;7(1):11-22.

Zelaya E, Marin FM, Garcia J, Berglund S, Liljestrand J, Persson LA. Gender and social differences in adolescent sexuality and reproduction in Nicaragua. *J Adolesc Health*. 1997;21(1):39-46.



Zohar J, Kaplan Z, Benjamin J. Compulsive exhibitionism successfully treated with fluvoxamine: a controlled case study. *J Clin Psychiatry*. 1994;55(3):86-8.