



HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE
PROGRAMA DE RESIDÊNCIA MÉDICA

LUCAS SUETI MAGALHÃES

Descrição do Perfil Sociodemográfico de Indivíduos Privados de Liberdade por Delitos Sexuais
em Penitenciárias da Região de Porto Alegre e Avaliação do Diagnóstico de Pedofilia e outras
Parafilias e sua Associação com Sintomatologias Psiquiátricas

Porto Alegre

2023

LUCAS SUETI MAGALHÃES

Descrição do Perfil Sociodemográfico de Indivíduos Privados de Liberdade por Delitos Sexuais em Penitenciárias da Região de Porto Alegre e Avaliação do Diagnóstico de Pedofilia e outras Parafilias e sua Associação com Sintomatologias Psiquiátricas

Trabalho de Conclusão de Residência apresentado ao Programa de Residência Médica do Hospital de Clínicas de Porto Alegre como requisito parcial para a obtenção do título de especialista em Psiquiatria.

Orientadora: Dra. Maria Inês Rodrigues Lobato

Porto Alegre

2023

CIP - Catalogação na Publicação

Magalhães, Lucas Sueti

Descrição do Perfil Sociodemográfico de Indivíduos Privados de Liberdade por Delitos Sexuais em Penitenciárias da Região de Porto Alegre e Avaliação do Diagnóstico de Pedofilia e outras Parafilias e sua Associação com Sintomatologias Psiquiátricas / Lucas Sueti Magalhães. -- 2023.

41 f.

Orientadora: Maria Inês Rodrigues Lobato.

Trabalho de conclusão de curso (Especialização) -- Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Hospital de Clínicas de Porto Alegre, Programa de Residência Médica, Porto Alegre, BR-RS, 2023.

1. Parafilia. 2. Pedofilia. I. Lobato, Maria Inês Rodrigues, orient. II. Título.

Elaborada pelo Sistema de Geração Automática de Ficha Catalográfica da UFRGS com os dados fornecidos pelo(a) autor(a).

RESUMO

Introdução: Parafilias referem-se a fantasias, impulsos ou comportamentos sexuais intensos e recorrentes em resposta a objetos e situações incomuns, que podem ocorrer sem o consentimento e/ou infligindo sofrimento e humilhação a outrem, podendo caracterizar, nestes casos, um transtorno. O objetivo do estudo é avaliar o perfil sociodemográfico de indivíduos privados de liberdade por delitos sexuais em penitenciárias da região de Porto Alegre, avaliar o diagnóstico de pedofilia e outras parafilias e sua associação com sintomatologias psiquiátricas.

Metodologia: Trata-se de estudo exploratório, transversal, com amostra por conveniência. Foi aplicado o protocolo em indivíduos encarcerados por crimes sexuais por um membro do grupo de pesquisa após a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). O protocolo de pesquisa utilizado foi *Troubled Desire*, traduzido e adaptado para o português brasileiro, que contém perguntas a respeito de interesses parafilicos, incluindo a pedofilia, Escala Hamilton para Ansiedade, Escala Y-BOCS para sintomas obsessivos e compulsivos, Escala de Impulsividade de Barrat (BIS-11), Escala CAGE para uso de bebida alcoólica, e Escala DAST para rastreio de abuso de drogas.

Resultados:

- 1) QUANTO AO PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO: A amostra total foi de 50 indivíduos ($n = 50$), com média de idade de 45 anos ($dp = +/- 12$); 50% são casados ou mantinham relação conjugal estável; 80% dos entrevistados são heterossexuais; 54,3% trabalhavam em turno integral; média de 9 anos de estudo ($dp = +/- 5$); mediana da renda: 2.400,00 reais; 92% referiram ter religião; 80% residiam em Porto Alegre ou região metropolitana.
- 2) QUANTO AOS COMPORTAMENTOS RELACIONADOS AO INTERESSE SEXUAL PEDOFÍLICO: 56% referiu ter contato frequente com crianças e 64% contato com crianças fora de contextos sexuais. 40% admitiu observar ou olhar crianças e 20% admitiu contato físico com crianças para se excitar. 16% disseram olhar crianças para se excitar e 8% tiravam fotos ou gravavam vídeos de crianças em situações íntimas. 18 a 24% relataram ter contato físico de maneira sexual com crianças, seja estimulando a genitália da criança com a boca, fazendo a criança transar com ele, colocando o pênis dentro da boca da criança ou em suas partes íntimas ou mesmo no ânus. 77% das vítimas eram meninas. No total, pelo relato fornecido pelos próprios apenados quando perguntados a respeito do diagnóstico guiado pelos critérios do DSM-5-TR, pôde-se dar o

diagnóstico de Transtorno Pedofílico para 26% dos participantes da pesquisa. É importante ressaltar que todos os apenados entrevistados estão enquadrados pelo artigo 217-A (Código Penal Brasileiro) pelo crime sexual contra vulnerável, em geral tratando-se de menores de idade.

- 3) QUANTO À OUTROS INTERESSES PARAFÍLICOS: Avaliamos interesses parafilicos, além da pedofilia, através de perguntas guiadas pelos critérios diagnósticos atuais do DSM-5-TR. Em relação ao Fetichismo, 8% dos indivíduos afirmaram achar objetos ou materiais, como sapatos, meias, roupas íntimas, couro, etc., tão sexualmente excitantes a ponto de precisar destes objetos para se excitar sexualmente. Nenhum afirmou achar sexualmente excitante usar roupas típicas do gênero oposto, portanto nenhum indivíduo da amostra fechou critérios para Transvestismo. 14% dos indivíduos afirmaram achar sexualmente excitante o(a) companheiro(a) exercer poder ou domínio com atos como, por exemplo, amarrar, humilhar ou espancar, possuindo critérios para Masoquismo Sexual. Em comparação, 12% dos apenados achavam sexualmente excitante exercer poder sobre o(a) companheiro(a), por exemplo: amarrando, dominando ou humilhando-o, possuindo critérios para o Sadismo Sexual. Já um número ligeiramente maior de pessoas (20%) referiram excitação sexual assistindo a outras pessoas em situações íntimas, como, por exemplo, tomando banho, trocando de roupas ou fazendo sexo, sem que estas pessoas saibam que ele estaria olhando, classificando-os como Voyeuristas. Nenhum dos participantes da pesquisa referiu excitação sexual mostrando o pênis em público, não tendo critérios para Exibicionismo. 2% dos entrevistados confessou se excitar sexualmente ao tocar-se ou esfregar-se em outras pessoas sem o consentimento delas, tendo interesse parafílico Frotteurista.
- 4) QUANTO À COMORBIDADES PSIQUIÁTRICAS: Em relação às comorbidades psiquiátricas, os achados na escala Hamilton de Ansiedade (HAM-A) foi de 46% de indivíduos classificados como sem ansiedade, 22% com ansiedade leve, 16% com ansiedade moderada e 16% considerados portadores de ansiedade grave. A média de pontuação na escala *Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale* (Y-BOCS) na nossa amostra foi de 2,74, sendo que 39 dos 50 participantes não pontuaram em nenhum dos itens. A pontuação máxima foi de 19 pontos. A pontuação média de impulsividade, avaliado através da Escala de Impulsividade de Barrat (*Barrat Impulsivity Scale - BIS-11*), foi de 57,6 pontos ($dp = +/- 11,7$), sendo que, em suas subclassificações, o

domínio que mais pontuou foi de impulsividade associada a não planejamento, com média de 23,5 pontos ($dp = +/- 5,4$), seguida pela impulsividade motora, com média de 22,9 pontos ($dp = +/- 4,7$) e, por fim, a impulsividade atencional, com média de 14,2 pontos ($dp = +/- 4,6$). Para uso de bebida alcoólica, avaliado pelo questionário CAGE, 66% dos pacientes teriam baixa probabilidade de consumo excessivo de bebida ou alcoolismo; em contrapartida, 34% provavelmente fazem consumo excessivo ou problemático de bebida alcoólica. Quando rastreados para o uso de substâncias psicoativas pela *Drug Abuse Screening Test* (DAST), 46% não pontuaram, portanto, negando o uso de qualquer substância psicoativa, excluindo-se aquelas para uso médico. Em contrapartida, 30% obtiveram pontuação igual ou maior do que 6 pontos, indicando problema com uso de substâncias (uso abusivo ou dependência).

Conclusões: as taxas de abuso sexual infantil seguem altas no Brasil e indentificar os agressores sexuais pode ser especialmente importante para promover programas de tratamento e prevenção a abusos sexuais. Tomando em conjunto, nossa amostra foi constituída de indivíduos de baixas classes sociais, com níveis baixos de educação formal, residentes em áreas urbanas mais vulneráveis, com pontuações altas nas escalas de rastreio para uso problemático de bebida alcoólica e substâncias psicoativas, sintomas ansiosos e impulsividade. Os indivíduos, enquanto encarcerados, provavelmente não estejam em tratamento para estas comorbidades no momento, indicando uma possibilidade de intervenção. Podemos inferir também que os indivíduos estudados, como vivem em regiões mais pobres dos centros urbanos, estão localizados onde os governos têm dificuldade em efetivar políticas públicas que ofereçam oportunidades de educação satisfatória, cuidados de saúde, incluindo os cuidados em saúde mental, e controle da criminalidade. Viver neste ambiente de quase anomia do Estado pode estar relacionado ao risco aumentado de exposição à violência física, negligência emocional e risco ao abuso sexual, o que aumenta o risco individual de vir a tornar-se um abusador na idade adulta.

Palavras-chave: parafilia, pedofilia, exibicionismo, voyeurismo, frotteurismo, sadismo, abuso sexual.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Gráfico 1 - Dados do <i>Anuário Brasileiro de Segurança Pública</i> (2022)	16
Gráfico 2 - Dados do <i>Anuário Brasileiro de Segurança Pública</i> (2022)	16

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Características sociodemográficas da amostra do estudo	25
Tabela 2 - Comportamentos relacionados à preferência sexual pedofílica e contato físico/comportamental com crianças	26
Tabela 3 - Repercussões de comportamento sexual e Fantasias	27
Tabela 4 - Presença de interesses parafilicos na amostra estudada	29
Tabela 5 - Medidas da Escala Hamilton de Ansiedade (HAM-A)	29
Tabela 6 - Medidas descritivas da Escala de Impulsividade Barrat (BIS-11)	30

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AgSC	Agressão Sexual em Crianças
ASC	Abuso Sexual em Crianças
BIS	<i>Barratt Impulsiveness Scale</i> (Escala de Impulsividade de Barratt)
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CID	Código Internacional de Doenças
CONEP	Comissão Nacional de Ética em Pesquisa
DAST	<i>Drug Abuse Screening Test</i> (Teste de Rastreo para Abuso de Drogas)
DSM	<i>Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders</i> (Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais)
FBSP	Fórum Brasileiro de Segurança Pública
GnRH	Hormônio Liberador de Gonadotrofinas
HAM-A	Escala Hamilton de Ansiedade
HCPA	Hospital de Clínicas de Porto Alegre
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
ISRS	Inibidor Seletivo de Recaptação da Serotonina
LH	Hormônio Luteinizante
OMS	Organização Mundial de Saúde
PPD	Projeto de Prevenção Dunkelfeld

PROTIG	Programa Transdisciplinar de Identidade de Gênero
QI	Quociente de Inteligência
SUSEPE	Superintendência dos Serviços Penitenciários
TCC	Terapia Cognitivo-Comportamental
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
Vigitel	Sistema de Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico
Y-BOCS	<i>Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale</i> (Escala Yale-Brown de Sintomas Obsessivos e Compulsivos)

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	12
2	EPIDEMIOLOGIA	15
2.1	Dados brasileiros	16
3	ETIOLOGIA	18
3.1	Aspectos históricos	18
3.2	Fatores de risco para reincidência	18
3.3	Aspectos biológicos	19
4	OBJETIVOS	22
5	JUSTIFICATIVA	23
6	METODOLOGIA	24
7	RESULTADOS	26
8	DISCUSSÃO	32
9	CONCLUSÃO	36
10	REFERÊNCIAS	38

1 INTRODUÇÃO

Parafilia refere-se a fantasias, impulsos ou comportamentos sexuais intensos e recorrentes em resposta a objetos e situações incomuns, podendo evoluir para transtorno parafilico, quando ocorrem sem o consentimento e/ou infligindo sofrimento e humilhação a outrem. O termo parafilia vem do prefixo grego “para”, que significa “ao redor” ou “ao lado”, e “philia”, uma palavra grega para “amor”. O termo parafilia apareceu pela primeira vez no DSM-III sendo que, na primeira versão do DSM, publicada em 1952, os desvios sexuais eram conceitualizados como uma subclasse do transtorno de personalidade sociopática. Desde então, pesquisas e estudos vêm sendo desenvolvidos de forma mais frequente, objetivando o melhor entendimento deste tipo de manifestação, como se comportam e sua evolução. As pesquisas acerca da história natural dos transtornos parafilicos mostram que eles usualmente se manifestam na puberdade com fantasias sexuais desviantes e, já na fase de adolescência tardia e de adulto jovem, inicia-se o comportamento sexual desviante. A maioria das parafilias têm sido descritas como crônicas, durando por muitos anos ou mesmo pela vida toda. Um estudo de prevalência realizado por Joyal e Carpentier (2017)¹ no Canadá, em que foram entrevistadas 1040 pessoas entre homens e mulheres, avaliou que aproximadamente metade dos entrevistados já demonstrou interesse em pelo menos uma categoria parafilica e cerca de 1/3 (um terço) já experimentou a prática parafilica ao menos uma vez, demonstrando que os interesses considerados parafilicos possam ser amplamente prevalentes na população. Langstrom e Seto (2006)² mostraram, em um estudo populacional na Suécia, que cerca de 3% da população referiam excitação sexual por exibicionismo e 8% em voyeurismo.

O Código Internacional de Doenças (CID), na sua 11ª e última versão (OMS-2018)³, considerou como entidades nosológicas em sua recente revisão os seguintes Transtornos Parafilicos: 1. Exibicionismo, 2. Voyeurismo, 3. Pedofilia, 4. Sadismo Sexual Coercitivo, 5. Frotteurismo, 6. Outros Transtornos Parafilicos, todos envolvendo atitudes não consentidas pelo parceiro(a) ou comportamento solitário. Já o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais, na sua quinta versão (DSM-5-2013)² foi mais conservador e manteve mais diagnósticos, porém diferenciou *transtorno de orientação sexual*, que no caso da pedofilia abriu possibilidade de abordagens terapêuticas. São eles: 1. Transtorno de Fetichismo, 2. Transtorno de Sadismo Sexual 3. Transtorno de Masoquismo Sexual, 4. Transtorno de Voyeurismo, 5. Transtorno de Transvestismo Fetichista, 6. Transtorno de

Frotteurismo, 7. Transtorno Exibicionista, 8. Transtorno de Pedofilia, 9. Transtorno Parafilico Não Especificado.

Em comparação à limitação dos critérios diagnósticos atuais, observa-se na literatura a descrição de mais de cem tipos de parafilia, a grande maioria muito mais comum em homens do que em mulheres. Além disso, a maioria dos homens que sofrem de um transtorno parafilico possuem mais de uma parafilia. É importante frisar que a presença de uma parafilia não é ilegal. No entanto, agir em resposta a um impulso parafilico envolvendo relações sem consentimento é ilegal e pode levar a sanções legais. As consequências das ofensas sexuais são influenciadas pelo tipo de ofensa sexual.

A pedofilia é um transtorno parafilico caracterizado pela atração sexual por crianças pré-púberes, geralmente de 13 anos de idade ou menos. Tanto os critérios do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM)⁴ quanto do CID especificam que a pessoa com a condição deve ter, no mínimo, 16 anos e ser pelo menos 5 anos mais velha do que a criança desejada. O DSM-5-TR ainda distingue entre os tipos exclusivo e não-exclusivo de pedofilia (se a pessoa se excita sexualmente somente com crianças ou se excita com pessoas mais velhas também, respectivamente). Assim como a maioria das parafilias, na pedofilia a maioria dos acometidos são homens, que podem se atrair sexualmente a meninos, meninas ou ambos. Aqueles atraídos por meninas geralmente têm preferência por crianças de idade entre 8 e 10 anos, enquanto aqueles atraídos por meninos geralmente têm preferência por crianças mais velhas.

Apesar de frequentemente citada na mídia, as abordagens sobre pedofilia/abuso sexual/agressão sexual, seguem confusas ao considerar frequentemente abuso sexual contra crianças como *Pedofilia*. Diferenciar a pedofilia (desejo sexual voltado a crianças) do crime de abuso sexual contra crianças é fundamental para que se possa desenhar uma estratégia de abordagem racional do tema com o fim de prevenir efetivamente sua prática. Houtepen (2015)⁵, em estudo aberto com 15 indivíduos, concluiu que muitos descobrem e cometem os delitos já na adolescência e sugere que a prevenção de delitos sexuais por pedófilos deve partir do reconhecimento e intervenção precoce desta condição e que o risco das ofensas poderá ser diminuído com uma atitude mais aberta na sociedade sobre pedofilia e promovendo com isto suporte e controle social.

Beier (2021)⁶ desenvolveu o *Präventions Project Dunkelfeld* (Projeto de Prevenção Dunkelfeld), ou PPD, lançado na sociedade alemã oficialmente em 6 de junho de 2005. O projeto tinha e tem o objetivo de contribuir ativamente para a prevenção de abuso sexual de

menores, oferecendo opções de tratamento especial para pessoas que se sentem sexualmente atraídas por crianças e estão buscando ajuda para o controle comportamental infrator (Beier, 2021⁶; Beier et al., 2009⁷).

Baseado nesta experiência, nosso grupo de trabalho desenvolveu uma parceria com o Dr. Klaus Beier e sua equipe e elaborou um *Projeto de Prevenção ao Abuso Sexual na Infância e Adolescência*, que vem sendo instituído em diferentes fases. Inicialmente traduzimos e adaptamos para o português brasileiro o protocolo diagnóstico *Paraphilic Disorder Screening Inventory*, desenvolvido pelo Institute of Sexology and Sexual Medicine – Charité University, que foi aplicado nesta pesquisa. Essa tradução integrará o *site* mundial do projeto em 2023. Escrevemos em parceria um relato de caso: *The need of a prevention program for child sexual abuse in Brazil: a case report of negligent care to pedophilia and its critical consequences*, já aceito para publicação mas ainda não publicado.

2. EPIDEMIOLOGIA

É bem conhecida as dificuldades de obtermos dados epidemiológicos confiáveis quanto a prevalência populacional dos Transtornos Parafilicos e mesmo de Interesses Parafilicos devido ao estigma social que seu diagnóstico provoca. Este cenário tem sido modificado na atualidade devido a utilização da internet para aplicação de inventários anônimos. Castellini e colaboradores (2018)⁸, avaliaram o fenômeno parafilico, sua psicopatologia e relacionaram com hipersexualidade em uma amostra não clínica de homens e mulheres universitários. Constataram que pensamentos e comportamentos parafilicos não são um desvio da normalidade e sugeriram que ele é difundido na população jovem. Nesse estudo, 50,6% dos homens e 41,5% das mulheres relataram pelo menos um comportamento considerado parafilico; os homens relataram maior prevalência de voyeurismo, exibicionismo, sadismo e frotteurismo, enquanto entre as mulheres a maior prevalência encontrada foi o fetichismo e o masoquismo.

Uma pesquisa com a população de Hong Kong (2020)⁹ que recrutou 1885 participantes encontrou que participantes do sexo masculino relataram interesses parafilicos significativamente mais gerais (voyeurismo, exibicionismo, fetichismo, fetichismo travesti, frotteurismo, sadismo, biastofilia, urofilia, escatofilia, hebefilia, pedofilia e zoofilia) do que as participantes do sexo feminino; enquanto as participantes do sexo feminino relataram significativamente mais fetichismo transvéstico que os participantes masculinos.

Em Porto Rico (2021)¹⁰, um total de 1255 participantes completaram uma pesquisa online, incluindo dados sociodemográficos, fantasias sexuais específicas, impulsos, comportamentos e variáveis psicológicas. A atividade mais relatada foi assistir pornografia, seguida pelo parcialismo e voyeurismo.

Joyal (2022)¹¹ relatou em estudo de acompanhamento que os interesses parafilicos previram comportamentos correspondentes, embora a taxa média de concordância ativa tenha sido de aproximadamente 50% e sugeriu que os interesses parafilicos em adultos da população em geral podem não ter o mesmo valor preditivo que o observado em contextos médico-legais. Um ponto importante a ser explorado é a associação de interesses parafilicos e abuso sexual. Considerando todos os estudos, podemos deduzir que a prevalência de pedofilia pode ser estimada em torno de 0,3-3,8%. Quando consideramos exclusivamente as fantasias parafilicas, a prevalência pode chegar a 5% entre os homens na população geral

(Tenbergen et al., 2015)¹². Quase metade da população geral relatou interesse sexual em pelo menos uma atividade parafilica.

Esses dados mostram que uma grande parcela da população, principalmente de homens, podem estar envolvidos em comportamentos parafilicos, muitas vezes não identificados por pessoas próximas tampouco pelas equipes de saúde.

A detecção precoce de transtornos parafilicos, incluindo a pedofilia, é crucial para prevenir a ocorrência de crimes sexuais e proteger as vítimas. No entanto, muitas vezes os portadores desta condição parafilica não procuram ajuda por medo de represálias e devido ao estigma associado à sua condição. Além disso, os profissionais de saúde muitas vezes não estão preparados para lidar com essa população. É importante, do ponto de vista social e de saúde pública, que se conheça o perfil destes pacientes para que os profissionais de saúde possam reconhecê-los antes de praticar os crimes sexuais. Assim, a investigação de suas causas, perfil, fatores de risco e tratamento é essencial para o desenvolvimento de programas de prevenção e tratamento adequados para a redução da incidência e reincidência do abuso sexual.

2.1. DADOS BRASILEIROS

Como já citada acima, é frequente a confusão conceitual entre a pedofilia (desejo sexual voltado a crianças) e o crime de abuso (ASC)/agressão sexual (AgSC) contra crianças. Esta diferenciação é fundamental para que se possa desenhar uma estratégia de abordagem racional preventiva.

Além disso, desde a separação dos dados do crime de estupro do crime de estupro de vulnerável tornou possível enxergar que 53,8% dessa violência foi contra meninas com menos de 13 anos. Esse número sobe para 57,9% em 2020 e 58,8% em 2021. De 2020 para 2021 observa-se um discreto aumento no número de registros de estupro, que passou de 14.744 para 14.921. Já no que tange ao estupro de vulnerável, esse número sobe de 43.427 para 45.994, sendo que, destes, 35.735, ou seja, 61,3%, foram cometidos contra meninas menores de 13 anos (um total de 35.735 vítimas) (FBSP, 2022)¹³.

Gráficos 1 e 2 – Dados do *Anuário Brasileiro de Segurança Pública* (2022)

Anuário Brasileiro
de Segurança Pública 2022

GRÁFICO 60

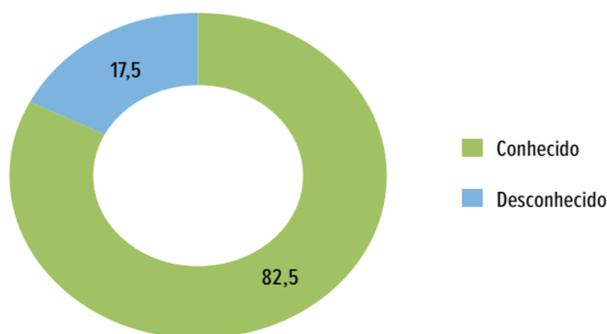
Faixa etária das crianças e adolescentes vítimas de estupro de vulnerável (até 13 anos), por sexo
Brasil, 2021



Fonte: Secretarias Estaduais de Segurança Pública e/ou Defesa Social; Observatório de Análise Criminal / NAT / MPAC; Coordenadoria de Informações Estatísticas e Análises Criminais - COINE/RN; Instituto de Segurança Pública/RJ (ISP); Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE); Fórum Brasileiro de Segurança Pública.

GRÁFICO 58

Relação entre vítima e autor



Fonte: Secretarias Estaduais de Segurança Pública e/ou Defesa Social; Observatório de Análise Criminal / NAT / MPAC; Coordenadoria de Informações Estatísticas e Análises Criminais - COINE/RN; Instituto de Segurança Pública/RJ (ISP); Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE); Fórum Brasileiro de Segurança Pública.

Segundo dados do Tribunal de Justiça do Rio Grande do Sul, existiam no ano de 2019 cerca de 144 indivíduos do sexo masculino condenados por crimes sexuais que encontram-se nas Penitenciárias de Porto Alegre e Região Metropolitana.

3. ETIOLOGIA

3.1. ASPECTOS HISTÓRICOS:

A polêmica quanto a temática da relação sexual entre adultos e crianças vem de longa data e, mesmo nos dias de hoje, tais relações poderão ser "aceitas", dependendo de fatores culturais ou sociais de determinado grupo populacional. Um exemplo desse fato seria a ainda tolerância social e cultural que ocorre em alguns países árabes, onde não é incomum que meninas de 13 anos se casem com homens adultos.

Fani Hisgail¹⁴, psicóloga e psicanalista, estudiosa do tema pedofilia, cita que na Grécia Antiga, compreendida entre o Período Pré-Homérico e o início da Idade Média (2000 AC-476 DC), a linha que separava a infância da adolescência era marcada por aventuras eróticas com adultos, sendo que não era incomum filhas serem agredidas sexualmente pelos seus pais, o que mistura abuso sexual, violência sexual e incesto. Estima-se que, por volta do século XV, o sentimento de família teria ganho espaço na sociedade, principalmente influenciado pela ascensão da igreja católica na Europa e pelos valores éticos por ela propagados. Já no século XVIII, mudanças significativas ocorreram em consequência da reforma protestante e da contrarreforma católica. Com isso, a família tornou-se a pedra angular da sociedade cristã, pelo menos no ocidente. É desta época também, a influência dos dogmas religiosos sobre o direito penal.

No Brasil, a história de abusos sexuais a crianças e adolescentes não difere muito em relação ao resto do mundo. Na época do descobrimento do Brasil, muitas crianças foram enviadas para acompanhar o rei e também se casarem com os súditos da Coroa. Com a criação da Declaração dos Direitos da Criança, no ano de 1959, foi ressaltado as condições degradantes que as crianças brasileiras viviam, mas foi a partir do fim da década de 80 que ações mais enérgicas contra o abuso sexual infantil foram tomadas, tornando-se políticas públicas a despeito da publicação da Constituição de 1988 e do Estatuto da Criança e Adolescente em 1990.

3.2 FATORES DE RISCO PARA REINCIDÊNCIA:

Muitos comportamentos parafilicos não são necessariamente relacionados com abuso sexual, e os indivíduos podem procurar tratamento pelo estresse pessoal causado pelo

seu comportamento disfuncional. Anteriormente poucos pedófilos procuravam tratamento antes de serem denunciados, mas nos últimos anos, felizmente, esse padrão vem mudando. Um estudo de metanálise de 12 estudos¹⁵ encontrou evidências de resposta aos tratamentos de ASC (reincidência em 19% entre os tratados vs. 27% dos não tratados). Os melhores efeitos terapêuticos foram encontrados nas seguintes condições: maior taxa de reincidência, seguimento maior que 4 anos, tratamento ambulatorial vs. institucional e TCC e hormonal vs. TCC exclusivamente. A voluntariedade para o tratamento e/ou motivação são os que melhor responderam ao tratamento farmacológico.

Em um estudo de metanálise baseado em 61 estudos de seguimento¹⁶, falha em completar o tratamento foi associado ao maior risco de reincidência de abuso sexual *sugerindo que manejo terapêutico reduz recidivismo*.

Dados dos serviços prisionais¹⁷ sugerem que 15% dos detentos que saem da prisão são novamente condenados pelo mesmo crime em 2 anos. Abusadores tratados têm taxas de reincidência menores em 2 anos quando comparados aos não tratados (5.5 a 12.5%) e em 4 anos (25 a 64%)¹⁸.

Três metanálises^{19,20,21} documentaram o recidivismo cumulativo de 15% em 5 anos a 27% em 20 anos e que homens pedófilos com atração por meninos têm maior chance de reincidir (35% em 15 anos) comparados àqueles com atração por meninas.

3.3 ASPECTOS BIOLÓGICOS:

Sabe-se que a etiologia da excitação sexual é dependente de fatores neurais, hormonais e genéticos, juntamente com a complexa influência da cultura e do contexto individual (Beier, 2021⁶; Thibaut et al., 2020²²).

Fatores hormonais, especialmente a testosterona, têm sido associados à regulação da sexualidade, cognição, agressividade e personalidade. É um determinante significativo do desejo, das fantasias e do comportamento sexual e controla frequência, duração e magnitude das ereções espontâneas. A secreção de testosterona é regulada por um mecanismo de *feedback* no eixo gonadal-hipotálamo-hipófise. O *hipotálamo* produz o hormônio *liberador do hormônio gonadotrofina* (GnRH), que é liberado de forma pulsátil e estimula a hipófise anterior a produzir o *hormônio luteinizante* (LH). O LH estimula a liberação de testosterona dos testículos, que por sua vez inibe o hipotálamo e a hipófise. Um nível mínimo de testosterona é necessário para o impulso sexual em homens. No entanto, seus limites continuam a ser questionáveis, não havendo consenso entre seus níveis e intensidade do

impulso sexual, comportamento agressivo ou parafilico. Porém, é consenso o benefício da redução da testosterona para níveis de quase supressão do impulso sexual. Mais recentemente, observou-se que os níveis de LH estão associados à reincidência de crimes sexuais (Thibaut et al., 2020²²). Embora este seja um achado científico preliminar, ele pode apontar que os níveis de *hormônio luteinizante* são mais críticos em relação aos transtornos parafilicos do que os níveis de testosterona.

O papel dos neurotransmissores no comportamento sexual já foi observado em diferentes estudos a partir das respostas aos medicamentos que agem de forma direta ou indireta na sua disponibilização. Algumas linhas de evidências são baseadas na observação dos efeitos provocados por medicações como os agonistas dopaminérgicos que podem provocar comportamento hipersexualizado. Outros estudos sugerem o envolvimento de uma disfunção serotoninérgica, por diminuição da atividade do neurônio pré-sináptico serotoninérgico e uma hiperresponsividade do receptor pós-sináptico 5-HT₂ em indivíduos pedófilos. Outra linha de evidência do envolvimento da serotonina no comportamento sexual é a observação dos efeitos colaterais sexuais dos ISRSs como a diminuição da libido, orgasmo prejudicado e ejaculação.

O surgimento de comportamento parafilico também tem sido associado como resultado de trauma cerebral durante a infância, especialmente em regiões temporais e frontais como nas síndromes Kleine Levin e Kluver Bucy em que 50% dos pacientes têm comportamentos sexuais inadequados. Evidências de comprometimento das funções neurocognitivas e executivas têm sido repetidamente relatadas na pedofilia, incluindo menor velocidade de processamento, déficits verbais, diminuição da troca de tarefas e habilidades de raciocínio cognitivo, bem como um aumento da taxa de canhotos e, finalmente, Quociente de Inteligência (QI) geral reduzido.

Diferentes autores observaram mudanças estruturais em estudos de neuroimagem como volumes reduzidos de substância cinzenta nos lobos frontal, parietal e temporal. Em 2017, um estudo relatou um menor *volume de substância cinzenta no polo temporal direito* na ASC (58 casos) em comparação com homens não agressores com pedofilia (60 casos), bem como uma associação entre menor volume de substância cinzenta no córtex pré-frontal dorsomedial e córtex cingulado anterior e maior risco de reincidência²³. A partir de estudo com eletroencefalograma comparando 19 controles, 19 indivíduos com transtornos parafilicos e 21 abusadores não parafilicos foram observadas ativações aumentadas em

estruturas límbicas em portadores de transtornos parafilicos.²⁴ Em resumo, ainda segue inconclusiva as alterações cerebrais relacionadas às parafilias.

4. OBJETIVOS:

Este estudo corresponde à uma das fases do projeto de Prevenção ao Abuso Sexual Infantil que vem sendo desenvolvido desde 2016 pelo grupo do Programa Transdisciplinar de Identidade de Gênero do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (PROTIG-HCPA), quando se iniciou a aproximação com o grupo de trabalho do projeto DUNKELFELD do *Institute of Sexology and Sexual Medicine* da Universidade Charité – Berlim.

O objetivo deste estudo é investigar o perfil das pessoas encarceradas por crime sexual em penitenciárias da região metropolitana de Porto Alegre, Estado do Rio Grande do Sul, Brasil, quanto às características sociodemográficas; presença de pedofilia, transtorno Pedofílicos e outros interesses parafilicos; e sintomatologia psiquiátrica, através da Escala Hamilton para Ansiedade (HAM-A), Escala *Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale* (Y-BOCS) para sintomas obsessivos e compulsivos, Escala de Impulsividade de Barrat, Questionário CAGE para rastreio de uso problemático de bebida alcoólica e *Drug Abuse Screening Test* (DAST) para rastreio de uso problemático de drogas.

5. JUSTIFICATIVA:

A ausência de estudos em nosso meio associada a alta prevalência de abuso sexual na infância no Brasil, a falta de debate, a escassez de políticas públicas para o tratamento de pessoas que cometem crimes ligados a comportamentos sexuais desviantes são as principais justificativas do estudo.

Desta forma, estudar os transtornos parafilicos e futuramente a aplicação de eventuais estratégias terapêuticas pode contribuir para a prevenção de novos casos de abuso sexual na infância e adolescência e, como consequência, para melhoria da saúde mental da população em geral.

6. METODOLOGIA:

Trata-se de um estudo exploratório transversal, com amostra por conveniência, que pretende avaliar, a partir dos objetivos acima citados, a população encarcerada por crimes sexuais em duas penitenciárias da Superintendência de Serviços Penitenciários (SUSEPE) do Estado do Rio Grande do Sul. Todos os sujeitos encarcerados foram convidados a participar da pesquisa após a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). O protocolo de pesquisa é composto pelo protocolo *Troubled Desire*, traduzido e adaptado para o português brasileiro pelo grupo de pesquisa onde constam dados sociodemográficos e itens de rastreio para interesses parafilicos, Escala Hamilton para Ansiedade (HAM-A), Escala Y-BOCS para sintomas obsessivos e compulsivos, Escala de Impulsividade de Barrat (BIS-11), escala CAGE para rastreio de uso problemático de bebida alcoólica e o Drug Abuse Screening Test (DAST) para rastreio de uso problemático de drogas.

A escala HAM-A²⁵ (Hamilton, 1959) é um método de análise objetiva de ansiedade composta por 14 itens, cada um deles fornecendo 5 opções de resposta de 0 a 4, sendo 0 a ausência de um determinado sintoma, 1 intensidade ligeira, 2 intensidade média, 3 intensidade forte e 4 intensidade máxima (incapacitante). Portanto, o escore total pode variar de 0 a 56 pontos. A classificação entre a gravidade dos sintomas ansiosos pode ser dada pelos seguintes pontos de corte: abaixo do valor 9 - sem ansiedade, de 9 a 15 - ansiedade leve, de 16 a 25 - ansiedade moderada e acima de 26 - ansiedade grave.

A escala Y-BOCS²⁶ é composta por 10 questões, sendo que 5 avaliam sintomas obsessivos e outras 5 avaliam sintomas compulsivos, produzindo três escores de gravidade: obsessões, compulsões e a soma das duas. Cinco itens avaliam tempo, interferência, sofrimento, resistência e controle das obsessões, e cinco itens medem a gravidade das compulsões, que variam de 0 (sem sintomas) a 4 (muito grave) com o máximo de 40 pontos.

Adaptada para o português brasileiro por Malloy-Diniz et al. (2010)²⁷, a escala de Impulsividade de Barratt (BIS-11) é de autopreenchimento composta por 30 itens. O participante deve analisar cada um dos itens considerando seu próprio comportamento e classificá-los de acordo com uma escala de quatro pontos, a saber: 1 = raramente ou nunca; 2 = de vez em quando; 3 = com frequência; 4 = quase sempre/sempre. A pontuação da escala varia de 30 a 120 pontos, e altos escores indicam a presença de comportamentos impulsivos. Além de um escore global, a BIS-11 permite o cálculo de escores parciais referentes a três subdomínios da impulsividade, sendo eles a impulsividade motora (itens 2, 3, 4, 16, 17, 19, 21,

22, 23, 25 e 30), atencional (itens 6, 5, 9, 11, 20, 24, 26, 28) e por não planejamento (itens 1, 7, 8, 10, 12, 13, 14, 15, 18, 27, 29).

Avaliamos o uso de bebida alcoólica através do questionário CAGE²⁸, que identifica e estratifica pacientes com maior probabilidade de consumo excessivo e problemático de álcool. Essa escala é composta por 4 itens, sendo que uma pontuação abaixo de 2 (0 ou 1) indica baixa probabilidade de consumo excessivo de bebida ou alcoolismo e pontuação maior ou igual a 2 indica alta probabilidade de consumo excessivo de bebida ou alcoolismo.

Rastreamos o uso problemático ou abusivo de substâncias psicoativas através do teste Drug Abuse Screening Test (DAST)²⁹, que consiste em uma ferramenta de rastreio composta por 28 itens auto-relatados que demonstrou uma alta sensibilidade para abuso de drogas psicoativas. Cada resposta positiva no questionário equivale a 1 ponto sendo que uma pontuação igual ou superior a 6 indica um provável problema com uso de substâncias (uso abusivo ou dependência).

Em relação aos resultados, foi realizada estatística descritiva e qualitativa dos dados.

Este projeto está em consonância e atende a Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde – CONEP, registrado no Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do HCPA sob o número 2019-0672 e na Plataforma Brasil sob o número 24600819.6.0000.5327.

7. RESULTADOS:

No total, foram entrevistados 50 indivíduos do sexo masculino encarcerados em dois presídios do Rio Grande do Sul por crimes sexuais, enquadrados pelo Artigo 217 - A, Código Penal Brasileiro.

Os dados sócio demográficos da amostra estão descritos na Tabela 1. A média de idade dos apenados foi de 45 anos, ($dp = +/- 12$); 25 (50%) são casados ou mantinham relação conjugal estável. Em relação à orientação sexual, 40 (80%) dos entrevistados são heterossexuais. 25 (50%) trabalhavam em turno integral. Tinham uma média de 9 anos de estudo ($dp = +/- 5$). A mediana de renda era de 2.400,00 reais (1500 - 3500). A grande maioria, 46 (92%) dos 50 indivíduos entrevistados, referiu pertencer a algum grupo religioso e 40 (80%) residiam em Porto Alegre ou na região metropolitana.

Tabela 1. Características Sociodemográficas da amostra do estudo

Variáveis	Total (N=50)
Sexo Masculino²	50 (100)
Idade¹	45 ± 12
Casados/Relação Estável²	25 (50,0)
Orientação Heterossexual	40 (80,0)
Emprego em turno integral²	25 (50)
Anos de estudo¹	9±5
Ocupação²	
Trabalhador integral	27 (54,0)
Autônomo	17 (34,0)
Outros	6 (12,0)
Renda³	2400 (1500-3500)
Tem religião ²	46 (92,0)
Domicílio na capital e região metropolitana²	40 (80,0)

¹ Média ± Desvio Padrão.

²Valores expressados por frequência absoluta (%)

³Mediana e intervalo interquartil

Além disso, questionamos a respeito dos comportamentos relacionados à preferência sexual pedofílica, incluindo contato físico ou comportamento relacionados ao contatos com crianças e adolescentes. Os resultados resumidos podem ser observados na Tabela 2. A maioria

dos apenas referiu ter contato frequente com crianças e também contato com crianças fora de contextos sexuais (56% e 64%, respectivamente). 20 (40%) admitiram observar ou olhar crianças e 10 (20%) admitiram contato físico com crianças para se excitar. Um número menor ainda - 8 (16%) disse ter olhado crianças em situações íntimas para se excitar e 4 (8%) do total de apenas entrevistados tiravam fotos ou gravavam vídeos de crianças em situações íntimas. 18 a 24% relataram ter contato físico de maneira sexual com crianças, seja estimulando a genitália da criança com a boca, fazendo a criança transar com ele, colocando o pênis dentro da boca da criança ou em suas partes íntimas ou mesmo no ânus. Dos que admitiram os comportamentos sexuais com as crianças, a maioria afirmou que as vítimas eram meninas (77% vs. 24% de meninos).

Tabela 2. Comportamentos relacionados à preferência sexual pedofílica e contato físico/comportamental com crianças.

<i>Variáveis</i>	Total (N=50)
1.11 Você tem contato frequente com crianças	28 (56)
3.19 Entro em contato com crianças fora de contextos sexuais. Ex; escola, no trabalho, parentes	32 (64)
3.20 Eu já observei/olhei crianças em fotografias, filmes, playgrounds	20 (40)
3.21 Tive contatos físicos com uma criança para me excitar (ex: limpando/lavando, fazendo carinho, passando creme)	10 (20)
3.22 Olhei Crianças em situações íntimas para fica excitado	8 (16)
3.23 Tirei fotos ou gravei vídeos de crianças em situações íntimas para me excitar	4 (8)
3.24 Eu me envolvi com uma criança tirando fotos ou fazendo vídeos pelados, assistindo pornografia juntos.	7 (14)
3.26 Já me comportei de forma sexualizada na presença de uma criança... mostrei genitália, ou me masturbei na frente	12 (24)
3.28 Já estimulei a minha boca a genitália de uma criança	12 (24)
3.29 Eu já fiz uma criança transar comigo	10 (20)
3.30 Coloquei o pênis dentro da boca de uma criança	9 (18)
3.31 Coloquei dedos, pênis ou objeto dentro do ânus ou vagina de uma criança	12(24)
3.34 Perfil da vítima (criança) Meninos	4(24)
3.34 Perfil da vítima (criança) Meninas	13 (77)

Questionamos também a respeito das fantasias e comportamentos sexuais com crianças e adolescentes conforme os dados apresentados na Tabela 3. Dos 3 apenas que responderam

sentir desejo sexual por meninas pré-adolescentes, todos disseram que as fantasias já perduram por mais de 6 meses, porém 1 dos indivíduos respondeu que tais fantasias não lhe causavam sofrimento nem dificuldade em sua vida profissional, social ou afetiva (apesar deste mesmo indivíduo ter sido enquadrado pelo artigo 217-A - Código Penal Brasileiro de estupro de vulnerável com reincidência). Portanto, estes 3 indivíduos podem ser considerados portadores de Transtorno Pedofílico pelo DSM-5-TR. Dos 10 indivíduos que relataram atração e desejo sexual por meninas no início da adolescência, incluem-se os 3 que também citaram atração por meninas pré-adolescentes e mais 7 outros indivíduos. Apenas 1 dos 10 indivíduos relatou que tais fantasias não perduram por mais de 6 meses. Como todos estão enquadrados pelo artigo 217-A, o diagnóstico de Transtorno Pedofílico pode ser dado para 9 dos apenados deste perfil (excluindo-se um dos indivíduos pelo critério de tempo dos sintomas).

Tabela 3. Repercussões de Comportamento sexual e Fantasias

Variáveis	Total (N=50, %)
Desejo Sexual por meninas pré-adolescentes	3 (6)
Desejo Sexual por meninos pré-adolescentes	2 (4)
Desejo Sexual por meninas no início da adolescência	10 (20)
Desejo Sexual por meninos no início da adolescência	4 (8)
Desejo Sexual por mulheres adultas	43 (86)
Desejo Sexual por homens adultos	8 (16)
Sentir-se incomodado por esse desejo sexual	11 (22)
Prejuízo na vida profissional, social ou afetiva por causa desse desejo sexual	7 (14)
Se comportar de forma sexualizada na frente de uma criança	12 (26,1)
A criança era da família	9 (19,6)
Sofrimento frente ao ato de abuso	
Sim	14 (30,4)
Não	19 (41,3)

Dos 2 indivíduos que afirmaram sentir atração sexual por meninos pré-adolescentes, todos afirmaram que o desejo sexual perdura por mais de 6 meses. Estes apenados também negaram sofrimento relacionado a estas fantasias, apesar de também terem sido enquadrados

pelo artigo 217-A (Código Penal Brasileiro), também podendo receber o diagnóstico de Transtorno Pedofílico. Estes mesmos também referiram atração sexual por meninos no início da adolescência. Outros 2 indivíduos relataram desejo sexual por meninos no início da adolescência, também com tempo mínimo de 6 meses de presença das fantasias e relatando sofrimento causado por estes desejos. No total, todos os 4 indivíduos aqui citados preenchem os critérios diagnósticos para Transtorno Pedofílico.

No total, pelo relato fornecido pelos próprios apenados, pode-se dar o diagnóstico de Transtorno Pedofílico para 13 dos 50 participantes da pesquisa.

Também avaliamos o diagnóstico de outros interesses parafilicos, além da pedofilia e do transtorno pedofílico, através de perguntas guiadas pelos critérios diagnósticos atuais do DSM-5-TR.

Em relação ao diagnóstico de Fetichismo, 4 (8%) dos indivíduos afirmaram achar objetos ou materiais, como sapatos, meias, roupas íntimas, couro, etc., tão sexualmente excitantes a ponto de precisar destes objetos para se excitar sexualmente.

Nenhum dos indivíduos da pesquisa afirmou achar sexualmente excitante usar roupas típicas do gênero oposto, portanto nenhum indivíduo da amostra fechou critérios para Transvestismo.

7 (14%) da amostra afirmaram achar sexualmente excitante o(a) companheiro(a) exercer poder ou domínio com atos como, por exemplo, amarrar, humilhar ou espancar, possuindo critérios para Masoquismo Sexual.

Em comparação, 6 apenados (12%) achavam sexualmente excitante exercer poder sobre o(a) companheiro(a), por exemplo: amarrando, dominando ou humilhando-o, possuindo critérios para Sadismo Sexual.

Já um número ligeiramente maior de pessoas, 10 (20%) referiram excitação sexual assistindo a outras pessoas em situações íntimas, como, por exemplo, tomando banho, trocando de roupas ou fazendo sexo, sem que estas pessoas saibam que ele estaria olhando, classificando-os como Voyeuristas.

Nenhum dos participantes da pesquisa referiu excitação sexual mostrando o órgão genital em público, não tendo critérios para Exibicionismo.

Apenas 1 (2%) dos entrevistados confessou se excitar sexualmente ao tocar-se ou esfregar-se em outras pessoas sem o consentimento delas, categorizando-o como Frotteurista.

A tabela 4 resume a quantidade de entrevistados da amostra que relataram fantasias sexuais parafilicas.

Tabela 4. Presença de interesses parafilicos na amostra estudada

Parafilia	Total (N=50)
Pedofilia	14 (28)
Transtorno Pedofilico	13 (26)
Fetichismo	4 (8)
Transvestismo	0 (0)
Masoquismo Sexual	7 (14)
Sadismo Sexual	6 (12)
Voyeurismo	10 (20)
Exibicionismo	0 (0)
Frotteurismo	1 (2)

Também avaliamos algumas comorbidades psiquiátricas com a ajuda da Escala de Ansiedade de Hamilton (HAM-A), para avaliação de ansiedade psíquica e somática, a Escala Yale Brown (Y-BOCS) para sintomas obsessivos e compulsivos, a escala CAGE para rastreio de uso problemático de bebida alcoólica e o *Drug Abuse Screening Test* (DAST) para rastreio de uso problemático ou abuso de drogas.

A média de pontuação na HAM-A foi de 13,08. Dos 50 entrevistados, 23 (46%) tiveram pontuação de 0 a 8 pontos, sendo classificados como sem ansiedade, 11 (22%) pontuaram de 9 a 15 pontos (ansiedade leve), 8 (16%) pontuaram de 16 a 25 (ansiedade moderada) e 8 (16%) pontuaram acima de 26, sendo considerados portadores de ansiedade grave. Estes resultados estão resumidos na Tabela 5.

Tabela 5. Medidas da Escala Hamilton de Ansiedade (HAM-A)

HAM-A	Total n (%)
Sem ansiedade	23 (46%)
Ansiedade leve	11 (22%)
Ansiedade moderada	8 (16%)
Ansiedade grave	8 (16%)

A média de pontuação na escala Y-BOCS na nossa amostra foi de 2,74, sendo que 39 (78%) dos 50 participantes não pontuaram em nenhum dos itens. A pontuação máxima foi de 19 pontos.

Também foram avaliados sintomas associados à impulsividade através da Escala de Impulsividade de Barrat (*Barrat Impulsivity Scale - BIS-11*). A média total foi de 57,6 pontos ($dp = +/- 11,7$) sendo que, em suas subclassificações, o domínio que mais pontuou foi de impulsividade associada a não planejamento, com média de 23,5 pontos ($dp = +/- 5,4$), seguida pela motora com média de 22,9 pontos ($dp = +/- 4,7$) e, por fim, a atencional, com média de 14,2 pontos ($dp = +/- 4,6$). Os resultados estão resumidos na Tabela 6.

Tabela 6. Medidas descritivas da Escala de Impulsividade Barrat (BIS-11)

BIS	Medidas descritivas (média±DP)
Escore total	57,6 ± 11,7
Motora	22,9 ± 4,7
Atencional	14,2 ± 4,6
Não planejamento	23,5 ± 5,4

Na amostra de 50 pessoas, quando avaliados para uso de bebida alcoólica pela CAGE, 23 (46%) pontuaram 0, e 10 (20%) pontuaram 1, portanto, 33 pacientes (66%) teriam baixa probabilidade de consumo excessivo de bebida ou alcoolismo. Em contrapartida, 4 (8%) pontuaram em 2 itens, 4 (8%) O pontuaram em 3 itens e 9 (18%) pontuaram em 4 itens, totalizando 17 (34%) participantes que alcançaram uma pontuação que pode indicar uma maior probabilidade de consumo excessivo de bebida ou de alcoolismo.

Quando rastreados para o uso de substâncias psicoativas pela *Drug Abuse Screening Test* (DAST), 23 participantes (46%) não pontuaram, portanto, negando o uso de qualquer droga psicoativa, excluindo-se aquelas para uso médico. Em contrapartida, 15 participantes (30%) obtiveram pontuação igual ou maior do que 6 pontos, indicando um possível problema com uso de substâncias (uso abusivo ou dependência).

8. DISCUSSÃO:

Avaliamos 50 indivíduos do sexo masculino condenados por crimes sexuais contra vulneráveis, sendo a grande maioria contra menores de idade, e com penas que variavam entre 8 e 100 anos. Metade referiu estar em uma relação estável (50%), um pouco mais da metade tinham trabalho formal (54%), e mais de 80% moravam na região metropolitana de Porto Alegre, participam de alguma religião e são heterossexuais. O grupo não se diferenciou por faixa etária e renda familiar, correspondendo a uma classe social D e E, de acordo com a classificação do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) de 2022.

Já, quanto ao fator educacional encontramos as seguintes diferenças: a média de anos de estudo foi de 9 anos ($dp = +/- 5$), nos chamando atenção que somente dois indivíduos referiram formação superior completa. Considerando que no Brasil aproximadamente 20% da população atinge o nível superior, em nosso estudo podemos hipotetizar que educação formal poderia ser positivamente associada à proteção de prática, pelo menos deste tipo de delito. Outra explicação possível é que o sistema de repressão criminal seja "seletivo", não conseguindo identificar casos em grupos sociais com maior formação acadêmica.

Outro padrão de resposta que chama a atenção foi a manutenção, por parte da grande maioria dos entrevistados, do status conjugal (metade relatou relação estável ou casamento), apesar do encarceramento por conta do crime sexual. Pode-se pensar em algumas explicações possíveis para esse achado. Uma delas é de que o/a cônjuge segue sendo financeiramente dependente do apenado, que provê o sustento da família através do recebimento de auxílio-reclusão. Outras explicações possíveis podem estar relacionadas ao compartilhamento de distorções cognitivas entre o casal a respeito do ocorrido, como, por exemplo: "a vítima provocou" ou "ela também queria". Também pode-se pensar que a manutenção do status conjugal pode estar relacionada a alta taxa de religiosidade e espiritualidade vista na amostra, visto que, principalmente nas religiões cristãs, o divórcio é visto como algo repudiável; portanto, é preferível para o casal manter o relacionamento, tendo a visão que "Deus irá perdoar o pecado" ou "Deus pode ajudar ele a mudar de vida e ser outra pessoa". Outra explicação possível, pensando que muitos dos entrevistados mentiram e omitiram a respeito da ocorrência de crime sexual, seria a influência desta omissão na formação de opinião da(o) companheira(o), levando-a a pensar que o marido seja inocente e que o crime não teria ocorrido da forma como está sendo julgado. Levando em consideração estas hipóteses, é de se

considerar a possibilidade de uma intervenção terapêutica de casal no futuro como medida redutora de reincidência.

Também nos chama a atenção a referência religiosa do nosso grupo de estudo. Uma das possíveis explicações dessa alta taxa na nossa amostra seria a simples reflexão da alta prevalência de religiosidade e espiritualidade na sociedade brasileira. Segundo pesquisa do instituto Datafolha, realizada em Dezembro de 2019, aproximadamente 90% da população brasileira pertence a algum grupo religioso, sendo a maior parte (50%) católicos, seguidos por evangélicos (31%) e espíritas (3%). Nesta mesma pesquisa também são citadas religiões de matrizes africanas e outras religiões. Tendo em vista a reflexão destes dados na amostra estudada, é possível postular que a presença de religiosidade não foi um fator protetor para a ocorrência de crimes sexuais. Ao mesmo tempo, pode-se pensar que algumas destas pessoas foram convertidas a algum grupo religioso dentro do presídio. Não é incomum que grupos religiosos, principalmente cristãos evangélicos, realizem ações de evangelização e conversão dentro dos presídios sendo que, por muitas vezes, os grupos religiosos podem ser os únicos vínculos sociais e de apoio para estas pessoas, visto que são pessoas em situação de grande vulnerabilidade. Há ainda a possibilidade da religiosidade, nestes casos, ser usada como estratégia de enfrentamento, tanto de forma positiva quanto negativa - positivamente o indivíduo pode usar a religiosidade como forma de se arrepender dos seus feitos na tentativa de uma mudança de vida, já que em nenhuma das religiões, mesmo com variações quanto a dogmas e modelos éticos, é tolerada a relação sexual com menores; e negativamente o indivíduo pode usar a religiosidade como uma forma de terceirizar a culpa, justificando o ato criminoso como um momento de "possessão", por exemplo. Também é possível que alguns deles usem a religião como uma forma de se apresentarem moralmente íntegros, dada a culpa e a vergonha associadas ao feito.

Outro achado, não surpreendente e que vai ao encontro dos achados de outras populações no mundo, é o número de indivíduos que negam a ocorrência do crime sexual. Em nosso protocolo temos itens que perguntam objetivamente por pelo menos oito interesses parafilicos, além da própria Pedofilia e do Transtorno Pedofílico. Portanto, confirmando achados de outros estudos, poucos indivíduos referiram ter interesses parafilicos (28 % pedofílico, 20% voyeurismo, 14% masoquismo) e Transtorno Pedofílico (26%), mesmo estando condenados por crimes sexuais, especialmente abuso sexual de menores. Quando perguntados sobre comportamentos relacionados ao interesse sexual pedofílico, uma porcentagem semelhante aos de indivíduos que expressaram interesses parafilicos também

admitiu atos sexuais com menores, como por exemplo: 24% já estimulou a genitália de uma criança com a boca, 24% já se comportou de forma sexualizada na presença de uma criança e 20% admitiu ter feito sexo com criança. Isso nos faz pensar que uma grande parcela desta população, mesmo sabidamente condenados por tais atos, ainda prefere omiti-los e até mesmo negar os interesses parafilicos que o influenciaram a cometer o crime. Mentir ou omitir sobre os acontecimentos que o levaram ao encarceramento pode parecer, a primeira vista, algo incompreensível, uma vez que já esteja cumprindo pena por abuso sexual infantil. Portanto, mentir e/ou omitir, nessas condições, pode ser um comportamento automatizado e de autodefesa para sobrevivência do ego. Admitir que cometeu ato que envergonha poderá ser inadmissível para a sobrevivência social posterior. Negar para si mesmo e para os outros ou terceirizar a culpa (como, por exemplo, em uma interpretação religiosa) deve preservar alguma chance de retorno ao meio social. Muitos estudos utilizando teste do polígrafo pretenderam avaliar a habilidade deste instrumento em demonstrar imprecisões na entrevista do suposto abusador e, com isso, diagnosticar o potencial de reincidência, ainda sem consenso.

Pertencer a classes sociais economicamente carentes certamente expõe os indivíduos a maior estresse ambiental já que residem geralmente em regiões mais violentas, com menor capacidade do Estado de fornecer cuidados de saúde, segurança e educação. Neste contexto, é esperado que ter sido criado nestes ambientes pode proporcionar maior risco que um indivíduo sofra algum tipo de abuso (físico, psicológico e até mesmo sexual). Nossa amostra pertence às classes D e E, que no Brasil corresponde a uma população muito carente e que muitas vezes subsiste do auxílio financeiro estatal. Soma-se o fato que neste contexto a função parental deve estar ausente ou quase ausente pela necessidade de busca por atividade profissional informal/formal, geralmente longe de seus domicílios, gerando famílias desestruturadas e possibilidade de negligência nos cuidados da prole. Tomando em conjunto, indivíduos de baixas classes sociais ficam mais expostos a passarem por vulnerabilidades e experiências adversas na infância e adolescência. Em conformidade com esta assertiva, Anda et al. (2006)³⁰ e Chopin (2023)³¹ relacionam experiências adversas na infância a ocorrência de maior morbidade psiquiátrica, como uso de substâncias, depressão, ideação suicida, impulsividade, além de comportamentos externalizantes e condutas antissociais.

Quanto aos resultados em relação às escalas aplicadas, encontramos algumas discrepâncias. Na Y-BOCS, os escores foram praticamente zerados, sem evidência de sintomatologia obsessiva e compulsiva. Já na Escala Hamilton para Ansiedade (HAM-A) encontramos que 32% dos entrevistados referiram sintomas de ansiedade moderada a grave,

sugerindo que estes indivíduos teriam indicação de receber, no mínimo, tratamento farmacológico. Ao mesmo tempo, é importante considerar que indivíduos encarcerados devem e podem ter sintomatologia ansiosa. É previsível que o ambiente em um sistema prisional acarrete estresses relacionados, ainda mais tratando-se de um sistema prisional de segurança máxima, onde são permitidas apenas duas horas por dia fora da cela, o que pode ser extremamente ansiogênico. Já quanto a Escala de Impulsividade de Barrat, nossos achados são comparáveis aos de um estudo de amostra forense de 436 indivíduos, realizada em Nova Iorque entre os anos de 2002 e 2007 (Haden et al, 2008)³², que encontrou um escore total de impulsividade de 69,34, comparado com 57,6 do nosso estudo, sendo o eixo não planejamento o de maior escore tanto no estudo citado quanto na nossa amostra (24,7 vs. 23,5). Os autores sugerem que a abordagem psiquiátrica deverá incluir estratégias considerando o controle da impulsividade e, com isto, mitigar fatores de risco para reincidência. Apesar dessas escalas se referirem temporalmente há poucas semanas do momento da entrevista, é razoável pensar que este grupo de pessoas tenha um histórico de ansiedade e impulsividade como comorbidade e que estas possam estar também relacionadas como fator de risco associado ao desfecho do delito.

Em relação ao uso excessivo de álcool, encontramos que 34% da amostra têm alta probabilidade de consumo excessivo ou problemático de álcool, valor este comparativamente maior do que a média da população brasileira. Segundo o Sistema de Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (Vigitel)³³ em 2021, 18,4% de indivíduos no Brasil preenchem critérios para uma padrão de consumo abusivo. Ou seja, na nossa amostra a prevalência de uso problemático de álcool seria praticamente o dobro da população em geral. Este achado corrobora com o fator de vulnerabilidade social já comentado anteriormente, que demonstra que o uso problemático de álcool é mais prevalente nessa população, favorecendo também um maior descontrole de impulsos, surgimento de outras comorbidades psiquiátricas e assim como de vulnerabilidades interpessoais e sociais de uma forma geral. Pensamento semelhante pode ser aplicado ao uso abusivo de substâncias psicoativas, já que praticamente um terço da nossa amostra (30%) pontuaram o suficiente na escala de rastreio para indicar uma possível dependência ou mesmo uso abusivo de drogas. Esta condição, na maioria dos casos, é ainda mais problemática do que o uso de álcool, pelo grande potencial de dependência e, conseqüentemente, do aumento de riscos para a saúde mental, física e social do indivíduo.

9. CONCLUSÃO:

Apesar dos esforços das últimas décadas, com treinamento de equipes para identificação de crianças vitimadas por abuso sexual, as taxas seguem altas no Brasil, especialmente o abuso intrafamiliar, conforme dados do Anuário Brasileiro de Segurança Pública (2022)³⁴. Tomando em conjunto, nossa amostra foi constituída de indivíduos de baixas classes sociais, com níveis baixos de educação formal e residentes em áreas urbanas mais vulneráveis.

Nosso estudo conseguiu verificar também um perfil sintomatológico dessa amostra prisional que comete crimes sexuais em nosso meio, com altas taxas de ansiedade e com uso problemático de álcool e drogas. Predominantemente nossa amostra minimizou ou negou o delito. Estudos populacionais de diferentes partes do mundo, evidenciam que o maior fator de risco para ser perpetrador de crimes sexuais é ter sofrido abuso físico, emocional e sexual na infância. Apesar de não termos avaliado este dado individualmente, podemos inferir que os indivíduos estudados, como são de classes sociais D e E, vivem em regiões mais pobres dos centros urbanos, onde existem dificuldades dos governos em efetivarem políticas públicas que ofereçam oportunidades de educação satisfatória, cuidados de saúde e controle da criminalidade. Viver neste ambiente de quase anomia do Estado é creditado o risco aumentado de exposição à violência física, negligência emocional e risco ao abuso sexual, o que aumenta o risco individual de vir a tornar-se um abusador na idade adulta.

Estes dados evidenciam a necessidade premente de implementação de políticas públicas eficazes voltadas para o controle da pobreza e mitigação dos fatores de risco associados aos delitos sexuais. Ao compreender que a vulnerabilidade socioeconômica pode contribuir para a perpetuação desses crimes, torna-se imperativo que as autoridades concentrem esforços na formulação e execução de estratégias que abordem as raízes estruturais da desigualdade. A adoção de medidas que promovam o acesso a oportunidades educacionais, emprego digno, assistência social e acesso à serviços de saúde pode constituir um alicerce sólido na construção de uma sociedade mais justa e segura para as crianças e adolescentes. Destaca-se, assim, a importância de uma abordagem integrada que una esferas governamentais, organizações não governamentais e a sociedade em geral, visando sobretudo a prevenção e o fortalecimento dos alicerces sociais que propiciam um ambiente mais seguro e saudável para as futuras gerações.

Ademais, outros estudos ainda são necessários para a melhor avaliação do perfil destes pacientes, assim como ensaios clínicos avaliando intervenções que possam ser efetivas na redução dos fatores de risco associados à reincidência ao crime sexual.

REFERÊNCIAS

1. Joyal CC, Carpentier J. The Prevalence of Paraphilic Interests and Behaviors in the General Population: A Provincial Survey. *J Sex Res.* 2017 Feb;54(2):161-171. doi: 10.1080/00224499.2016.1139034. Epub 2016 Mar 3. PMID: 26941021.
2. Långström N, Seto MC. Exhibitionistic and voyeuristic behavior in a Swedish national population survey. *Arch Sex Behav.* 2006 Aug;35(4):427-35. doi: 10.1007/s10508-006-9042-6. Epub 2006 Aug 11. PMID: 16900414.
3. World Health Organization. *International Classification of Diseases.* 11th ed., Geneva, Switzerland. 2018. Disponível em: <<https://icd.who.int/browse11/l-m/en>>.
4. *Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais: DSM-5-TR.* 5, texto revisado. Porto Alegre: Artmed Editora LTDA, 2023.
5. Houtepen JA, Sijtsema JJ, Bogaerts S. Being Sexually Attracted to Minors: Sexual Development, Coping With Forbidden Feelings, and Relieving Sexual Arousal in Self-Identified Pedophiles. *J Sex Marital Ther.* 2016 Jan 2;42(1):48-69. doi: 10.1080/0092623X.2015.1061077. Epub 2015 Jun 22. PMID: 26098192.
6. Beier KM. *Pedophilia, Hebephilia and Sexual Offending Against Children: The Berlin Dissexuality Therapy (Bedit).* Editora Internacional Springer. Edição do Kindle. 2021.
7. Beier KM, Neutze J, Mundt IA, Ahlers CJ, Goecker D, Konrad A, Schaefer GA. Encouraging self-identified pedophiles and hebephiles to seek professional help: first results of the Prevention Project Dunkelfeld (PPD). *Child Abuse Negl.* 2009 Aug;33(8):545-9. doi: 10.1016/j.chiabu.2009.04.002. Epub 2009 Sep 17. PMID: 19765825.
8. Castellini G, Rellini AH, Appignanesi C, Pinucci I, Fattorini M, Grano E, Fisher AD, Cassioli E, Lelli L, Maggi M, Ricca V. Deviance or Normalcy? The Relationship Among Paraphilic Thoughts and Behaviors, Hypersexuality, and Psychopathology in a Sample of University Students. *J Sex Med.* 2018 Sep;15(9):1322-1335. doi: 10.1016/j.jsxm.2018.07.015. PMID: 30224020.
9. Chan HCO, Myers WC. Risky Sexual Behavior, Paraphilic Interest, and Sexual Offending: The Study of a Community Sample of Young Adults in Hong Kong. *Int J Environ Res Public Health.* 2023 Feb 28;20(5):4279. doi: 10.3390/ijerph20054279. PMID: 36901292; PMCID: PMC10002374.

10. Fankhanel, E., Esteban, C., Berrios, J., Figueroa, F., Santos-Gómez, M. del C., & Rivera-Segarra, E. (2021). Descriptive Paraphilic Behaviors in the General Non-Clinical Population in Puerto Rico. *Revista Caribeña De Psicología*, 5(1), e5543. <https://doi.org/10.37226/rcp.v5i1.5543>.
11. Joyal CC, Carpentier J. Concordance and Discordance between Paraphilic Interests and Behaviors: A Follow-Up Study. *J Sex Res*. 2022 Mar-Apr;59(3):385-390. doi: 10.1080/00224499.2021.1986801. Epub 2021 Oct 12. PMID: 34637647.
12. Tenbergen G, Wittfoth M, Frieling H, Ponseti J, Walter M, Walter H, Beier KM, Schiffer B, Kruger TH. The Neurobiology and Psychology of Pedophilia: Recent Advances and Challenges. *Front Hum Neurosci*. 2015 Jun 24;9:344. doi: 10.3389/fnhum.2015.00344. PMID: 26157372; PMCID: PMC4478390.
13. Fórum Brasileiro de Segurança Pública. 15º Anuário Brasileiro de Segurança Pública. São Paulo: Fórum Brasileiro de Segurança Pública, 2021. Disponível em: <<https://forumseguranca.org.br/wp-content/uploads/2021/10/anuario-15-completo-v7-251021.pdf>>.
14. Hisgail, Fani. *Pedofilia, um estudo psicanalítico*. São Paulo: Iluminuras, 2007.
15. Hall GC. Sexual offender recidivism revisited: a meta-analysis of recent treatment studies. *J Consult Clin Psychol*. 1995 Oct;63(5):802-9. doi: 10.1037//0022-006x.63.5.802. PMID: 7593874.
16. Hanson RK, Bussière MT. Predicting relapse: a meta-analysis of sexual offender recidivism studies. *J Consult Clin Psychol*. 1998 Apr;66(2):348-62. doi: 10.1037//0022-006x.66.2.348. PMID: 9583338.
17. Beech A, Friendship C, Erikson M, Hanson RK. The relationship between static and dynamic risk factors and reconviction in a sample of U.K. child abusers. *Sex Abuse*. 2002 Apr;14(2):155-67; discussion 195-7. doi: 10.1177/107906320201400206. PMID: 11961889.
18. Marshall, W. L., & Barbaree, H. E. (1990). Outcome of comprehensive cognitive-behavioral treatment programs. In W. L. Marshall, D. R. Laws, & H. E. Barbaree (Eds.), *Handbook of sexual assault: Issues, theories, and treatment of the offender* (pp. 363–385). Plenum Press.
19. Hanson RK, Morton-Bourgon KE. The characteristics of persistent sexual offenders: a meta-analysis of recidivism studies. *J Consult Clin Psychol*. 2005 Dec;73(6):1154-63. doi: 10.1037/0022-006X.73.6.1154. PMID: 16392988.

20. Hanson RK, Morton KE, Harris AJ. Sexual offender recidivism risk: what we know and what we need to know. *Ann N Y Acad Sci.* 2003 Jun;989:154-66; discussion 236-46. PMID: 12839896.
21. Craig LA, Browne KD, Stringer I, Hogue TE. Sexual reconviction rates in the United Kingdom and actuarial risk estimates. *Child Abuse Negl.* 2008 Jan;32(1):121-38. doi: 10.1016/j.chiabu.2007.09.002. Epub 2007 Dec 26. PMID: 18155765.
22. Florence Thibaut, Paul Cosyns, John Paul Fedoroff, Peer Briken, Kris Goethals, John M. W. Bradford & The WFSBP Task Force on Paraphilias (2020): The World Federation of Societies of Biological Psychiatry (WFSBP) 2020 guidelines for the pharmacological treatment of paraphilic disorders, *The World Journal of Biological Psychiatry*, DOI: 10.1080/15622975.2020.1744723.
23. Schiffer B, Amelung T, Pohl A, Kaergel C, Tenbergen G, Gerwinn H, Mohnke S, Massau C, Matthias W, Weiß S, Marr V, Beier KM, Walter M, Ponseti J, Krüger THC, Schiltz K, Walter H. Gray matter anomalies in pedophiles with and without a history of child sexual offending. *Transl Psychiatry.* 2017 May 16;7(5):e1129. doi: 10.1038/tp.2017.96. PMID: 28509903; PMCID: PMC5534964.
24. Kirenskaya-Berus, A.V., Tkachenko, A.A. Characteristic Features of EEG Spectral Characteristics in Persons with Deviant Sexual Behavior. *Human Physiology* 29, 278–287 (2003). <https://doi.org/10.1023/A:1023982119972>.
25. HAMILTON M. The assessment of anxiety states by rating. *Br J Med Psychol.* 1959;32(1):50-5. doi: 10.1111/j.2044-8341.1959.tb00467.x. PMID: 13638508.
26. Goodman WK, Price LH, Rasmussen SA, et al. The Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale: I. Development, Use, and Reliability. *Arch Gen Psychiatry.* 1989;46(11):1006–1011. doi:10.1001/archpsyc.1989.01810110048007.
27. Malloy-Diniz, L. F., Mattos, P., Leite, W. B., Abreu, N., Coutinho, G., de Paula, J. J., Tavares, H., Vasconcelos, A. G., & Fuentes, D. (2010). Tradução e adaptação cultural da Barratt Impulsiveness Scale (BIS-11) para aplicação em adultos Brasileiros [Translation and cultural adaptation of Barratt Impulsiveness Scale (BIS-11) for administration in Brazilian adults]. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 59(2), 99–105.
28. Ewing JA. Detecting alcoholism. The CAGE questionnaire. *JAMA.* 1984 Oct 12;252(14):1905-7. doi: 10.1001/jama.252.14.1905. PMID: 6471323.
29. Skinner HA. The drug abuse screening test. *Addict Behav.* 1982;7(4):363-71. doi: 10.1016/0306-4603(82)90005-3. PMID: 7183189.

30. Anda RF, Felitti VJ, Bremner JD, Walker JD, Whitfield C, Perry BD, Dube SR, Giles WH. The enduring effects of abuse and related adverse experiences in childhood. A convergence of evidence from neurobiology and epidemiology. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci*. 2006 Apr;256(3):174-86. doi: 10.1007/s00406-005-0624-4. Epub 2005 Nov 29. PMID: 16311898; PMCID: PMC3232061.
31. Chopin J, Beauregard E, DeLisi M. Adverse childhood experience trajectories and individual high risk-behaviors of sexual offenders: A developmental victimology perspective. *Child Abuse Negl*. 2023 Sep 17;146:106457. doi: 10.1016/j.chiabu.2023.106457. Epub ahead of print. PMID: 37725879.
32. Haden SC, Shiva A. Trait impulsivity in a forensic inpatient sample: an evaluation of the Barratt impulsiveness scale. *Behav Sci Law*. 2008;26(6):675-90. doi: 10.1002/bsl.820. PMID: 19039789.
33. Vigitel Brasil 2021: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico: estimativas sobre frequência e distribuição sociodemográfica de fatores de risco e proteção para doenças crônicas nas capitais dos 26 estados brasileiros e no Distrito Federal em 2021 / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Análise em Saúde e Vigilância de Doenças não Transmissíveis. – Brasília: Ministério da Saúde, 2021.
34. Fórum Brasileiro de Segurança Pública. 16º Anuário Brasileiro de Segurança Pública. São Paulo: Fórum Brasileiro de Segurança Pública, 2022. Disponível em: <<https://forumseguranca.org.br/wp-content/uploads/2022/06/anuario-2022.pdf?v=5>>.