

DANILO ANTONIO BALTIERI

**Consumo de álcool e outras drogas e impulsividade
sexual entre agressores sexuais**

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

Área de concentração: Psiquiatria
Orientador: Prof. Dr. Arthur Guerra de Andrade

São Paulo

2005

FICHA CATALOGRÁFICA

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

©reprodução autorizada pelo autor

Baltieri, Danilo Antonio

Consumo de álcool e outras drogas e impulsividade sexual entre agressores sexuais / Danilo Antonio Baltieri. -- São Paulo, 2005.

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

Área de concentração: Psiquiatria.

Orientador: Arthur Guerra de Andrade.

Descritores: 1.CONSUMO DE BEBIDAS ALCOÓLICAS 2.DROGAS ILÍCITAS
3.COMPORTAMENTO IMPULSIVO 4.MAUS-TRATOS SEXUAIS INFANTIS
5.PEDOFILIA 6.MULHERES MALTRATADAS 7.ESTUDOS TRANSVERSAIS
8.CRIME/prevenção & controle

USP/FM/SBD-348/05

Dedicatória

Aos meus pais,
Bernadete Bontorim e Antonio Baltieri

Agradecimentos

Ao meu orientador, Prof. Dr. Arthur Guerra de Andrade, cujo apoio acadêmico tem sido essencial durante toda a minha formação.

Ao Dr. Nagashi Furukawa, que acreditou na realização deste trabalho e abriu as portas.

À Dra. Mônica Cristina, pelo constante apoio logístico.

À Sra. Ana Lúcia Simone, para quem a parte sempre é fundamental na composição do todo.

À Dra. Mery Cândido de Oliveira, pelas intermináveis e saborosas horas de discussão sobre os criminosos sexuais.

Aos diretores, agentes de segurança penitenciária e demais funcionários da Penitenciária “Dr. Antonio de Souza Neto”, de Sorocaba, que permitiram as idas e vindas, com o máximo suporte possível.

Ao Conselho Penitenciário do Estado de São Paulo, que me acolheu como membro, possibilitando o acesso a este novo mundo.

Às Disciplinas de Psiquiatria e Psicologia Médica da Faculdade de Medicina do ABC, cujos professores acreditaram no projeto ABSex, e agora poderão avaliar um dos seus resultados.

Ao Grupo Interdisciplinar de Estudos de Álcool e Drogas do Instituto de Psiquiatria do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, cujos amigos entenderam e acompanharam os objetivos deste trabalho.

À Leila Mara Giachetti, pelas freqüentes revisões do vernáculo.

Aos sentenciados, que são o principal motivo desta pesquisa.

“Cada homem traz consigo a sua tragédia sexual”

(Antero de Quental)

“Como ser físico, o homem é governado por leis invariáveis, do mesmo modo que os outros corpos; como ser inteligente, o homem viola incessantemente as leis que Deus criou, e modifica as que ele próprio estabeleceu”

(Barão de Montesquieu)

Esta tese está de acordo com as seguintes normas, em vigor no momento desta
apresentação:

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

Universidade de São Paulo. Faculdade de Medicina. Serviço de Biblioteca e Documentação. *Guia de apresentação de dissertações, teses e monografias*. Elaborado por Anneliese Carneiro da Cunha, Maria Júlia de A. L. Freddi, Maria F. Crestana, Marinalva de Souza Aragão, Suely Campos Cardoso, Valéria Vilhena. 2a ed. São Paulo: Serviço de Biblioteca e Documentação; 2005.

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

Sumário

Lista de tabelas

Resumo

Summary

1. INTRODUÇÃO.....	1
1.1 Definições.....	2
1.2 Aspectos do relacionamento entre sexo e drogas.....	2
1.3 Aspectos do relacionamento entre drogas e crime.....	3
1.4 Aspectos do relacionamento entre sexo e crime.....	5
1.5 Aspectos do relacionamento entre drogas, sexo e crime.....	7
1.6 Aspectos históricos dos crimes sexuais.....	8
1.7 Aspectos gerais do abuso sexual.....	9
1.8 Aspectos epidemiológicos do abuso sexual.....	11
1.9 Classificação dos agressores sexuais.....	13
1.10 A escolha da vítima.....	16
1.11 Fatores etiológicos do comportamento sexualmente agressivo.....	18
1.11.1 Fatores etiológicos relacionados aos Transtornos de Preferência Sexual.....	19
1.11.2 Fatores etiológicos relacionados ao comportamento agressivo em geral.....	20
1.12 Crimes sexuais no Brasil.....	22
1.12.1 Código Penal Brasileiro (Lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940).....	22
1.12.1.1 Artigo 213 – Estupro.....	23
1.12.1.2 Artigo 214 - Atentado Violento ao Pudor.....	24
1.12.2 Lei dos Crimes Hediondos (Lei nº 8.072, de 25 de julho de 1990).....	25
1.13 Tratamento dos agressores sexuais.....	26
1.13.1 Princípios da abordagem.....	26
1.13.2 Programas de tratamento.....	30
2. JUSTIFICATIVA.....	31
3. OBJETIVOS.....	32
3.1 Gerais.....	32
3.2 Específicos.....	32
4. HIPÓTESES.....	33
4.1 Hipóteses experimentais.....	33
5. MÉTODOS.....	34
5.1 ABSex - Faculdade de Medicina do ABC.....	34
5.2 GREA-IPqHCFMUSP.....	34
5.3 Projeto de Pesquisa.....	35
5.3.1 Instrumentos e Procedimentos.....	38
5.4 Critérios de Inclusão.....	46
5.5 Critérios de Exclusão.....	46
5.6 Fluxograma do Estudo.....	47

5.7 Análise Estatística.....	48
5.8 Aspectos Éticos.....	53
6. RESULTADOS.....	54
6.1 Diferenças entre agressores sexuais de crianças, de adolescentes e de adultos.....	54
6.1.1 Dados sócio-demográficos e fatores relacionados ao crime.....	54
6.1.2 História de reincidência criminal.....	57
6.1.3 Problemas com álcool e / ou drogas entre os agressores sexuais de crianças, adolescentes e adultos.....	58
6.1.4 Pedofilia entre agressores sexuais.....	59
6.1.5 Múltipla Análise de Variância (MANOVA) para variáveis contínuas.....	59
6.1.6 Análise de Regressão Logística Multinomial.....	61
6.1.7 Tipologia dos agressores sexuais.....	62
6.2 Diferenças entre agressores sexuais de crianças do sexo masculino e do sexo feminino.....	63
6.2.1 Dados socio-demográficos e fatores relacionados ao crime.....	63
6.2.2 História de reincidência criminal.....	65
6.2.3 Problemas com álcool e / ou drogas entre os agressores sexuais de crianças.....	66
6.2.4 Pedofilia entre os agressores sexuais de crianças.....	67
6.2.5 Análise das variáveis contínuas entre os agressores de crianças.....	68
6.2.6 Gravidade do consumo de álcool e impulsividade entre agressores de crianças relacionadas e não relacionadas.....	69
6.2.7 Análise de Regressão Logística - agressores sexuais de crianças.....	70
6.3 Diferenças entre os agressores sexuais de adolescentes do sexo masculino e do sexo feminino...	71
6.3.1 Dados sócio-demográficos e fatores relacionados ao crime.....	71
6.3.2 História de reincidência criminal.....	73
6.3.3 Problemas com álcool e / ou drogas entre os agressores sexuais de adolescentes.....	74
6.3.4 Pedofilia entre os agressores sexuais de adolescentes.....	75
6.3.5 Análise das variáveis contínuas entre agressores de adolescentes.....	76
6.4 Diferenças entre agressores sexuais seriais e não seriais.....	77
6.4.1 Dados sócio-demográficos e fatores relacionados ao crime.....	77
6.4.2 História de reincidência criminal.....	80
6.4.3 Problemas com álcool e / ou drogas entre agressores sexuais seriais e não seriais.....	80
6.4.4 Pedofilia entre os agressores sexuais seriais e não seriais.....	81
6.4.5 Múltipla Análise de Variância (MANOVA) para variáveis contínuas.....	82
6.4.6 Análise de Regressão Logística - agressores sexuais seriais.....	83
6.5 Redução da amostra inicial.....	85
7. DISCUSSÃO.....	86
8. CONCLUSÕES.....	102
9. ANEXOS.....	103
10. REFERÊNCIAS.....	137

Lista de Tabelas

Tabela 1. Dados sócio-demográficos e fatores relacionados ao crime de agressores sexuais de crianças, adolescentes e adultos	55
Tabela 2. Crimes pretéritos entre os agressores de crianças, de adolescentes e de adultos, com história de reincidência criminal.....	57
Tabela 3. Problemas com o consumo de álcool e drogas entre agressores sexuais de crianças, adolescentes e adultos.....	58
Tabela 4. Presença de critérios diagnósticos de Pedofilia entre os agressores sexuais de crianças, adolescentes e adultos.....	59
Tabela 5. Propriedades psicométricas entre agressores de crianças, adolescentes e adultos.....	60
Tabela 6. Efeitos da gravidade do consumo de álcool e drogas, história de abuso sexual na infância e de reincidência criminal, e presença de vítimas relacionadas nos grupos de agressores sexuais (Análise de Regressão Logística Multinomial).....	62
Tabela 7. Tipologia dos agressores sexuais (Análise de Cluster – K means).....	63
Tabela 8. Aspectos sócio-demográficos e fatores relacionados ao crime dos agressores de crianças..	64
Tabela 9. Crimes pretéritos entre agressores de crianças com história de reincidência criminal.....	66
Tabela 10. Problemas com o consumo de álcool e drogas entre agressores de crianças.....	67
Tabela 11. Presença de critérios diagnósticos de Pedofilia entre agressores sexuais de crianças.....	68
Tabela 12. Propriedades psicométricas entre agressores de crianças.....	69
Tabela 13. Gravidade do consumo de álcool (SADD) e Impulsividade (BARRATT) entre agressores sexuais de crianças relacionadas e não relacionadas.....	70
Tabela 14. Efeitos da gravidade do consumo de álcool (SADD), Impulsividade (BARRATT) e presença de vítimas relacionadas nos agressores de crianças do sexo masculino (Regressão Logística).....	71
Tabela 15. Aspectos sócio-demográficos e fatores relacionados ao crime dos agressores sexuais de adolescentes.....	72

Tabela 16. Crimes pretéritos entre agressores sexuais de adolescentes com história de reincidência criminal.....	74
Tabela 17. Problemas com o consumo de álcool e drogas entre agressores sexuais de adolescentes..	75
Tabela 18. Presença de critérios diagnósticos de Pedofilia entre agressores sexuais de adolescentes.	76
Tabela 19. Propriedades psicométricas entre agressores sexuais de adolescentes.....	77
Tabela 20. Aspectos sócio-demográficos e fatores relacionados ao crime entre agressores sexuais seriais e não seriais.....	78
Tabela 21. Crimes pretéritos entre os agressores sexuais seriais e não seriais com história de reincidência criminal.....	79
Tabela 22. Problemas com o consumo de álcool e drogas entre agressores sexuais seriais e não seriais.....	81
Tabela 23. Presença de critérios diagnósticos de Pedofilia entre agressores sexuais seriais e não seriais.....	82
Tabela 24. Propriedades psicométricas entre agressores sexuais seriais e não seriais.....	83
Tabela 25. Efeitos da Impulsividade, história pessoal de abuso sexual, história de reincidência criminal e critérios diagnósticos para Pedofilia entre agressores sexuais seriais.....	84
Tabela 26. Motivos da redução da amostra.....	85

RESUMO

Baltieri DA. Consumo de álcool e outras drogas e impulsividade sexual entre agressores sexuais [tese]. São Paulo: Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo; 2005. 149p.

INTRODUÇÃO: A violência sexual é um importante problema de saúde pública. Em São Paulo, cerca de 5% dos apenados estão cumprindo pena por crimes sexuais violentos. No Brasil e em outros países, muitos agressores sexuais retornarão à sociedade sem quaisquer intervenções psicossociais para prevenir a reincidência criminal. O objetivo deste estudo foi avaliar o consumo de álcool e de outras drogas e a impulsividade sexual entre agressores sexuais. **MÉTODOS:** Trata-se de estudo observacional, retrospectivo e seccional realizado na Penitenciária de Sorocaba – São Paulo. Entre julho de 2004 e setembro de 2005, todos os 218 sentenciados apenas por crimes sexuais violentos foram entrevistados, avaliando o consumo de álcool e de outras drogas, impulsividade, dependência de sexo e risco de reincidência criminal, além dos seus prontuários jurídicos revisados. 20 (9,17%) sentenciados foram excluídos da amostra. Os agressores sexuais foram divididos em três grupos: molestadores de crianças (n = 101), agressores sexuais de adolescentes (n = 56) e agressores sexuais de adultos (n = 41). Além disso, os apenados foram também divididos em outros três grupos, de acordo com o número de vítimas envolvidas: agressores sexuais de uma vítima (n = 149), agressores sexuais de duas vítimas (n = 25) e agressores sexuais de três ou mais vítimas (n = 24). **RESULTADOS:** 1) Agressores sexuais de adultos foram mais jovens do que os outros dois grupos de agressores sexuais ($p < 0,01$); 2) Agressores sexuais de adultos mostraram mais problemas com o uso de drogas do que os outros dois grupos comparados ($p < 0,01$); 3) Molestadores de crianças mostraram significativamente maior gravidade de dependência de álcool do que os outros dois grupos ($p < 0,01$); 4) Molestadores de crianças do sexo masculino mostraram maior gravidade de dependência de álcool do que os molestadores de crianças do sexo feminino ($p < 0,01$); 5) Agressores sexuais seriais apresentaram significativamente maior nível de impulsividade do que os agressores não seriais ($p < 0,01$); 6) Agressores sexuais seriais registraram mais frequentemente história de abuso sexual na infância do que os agressores sexuais de uma vítima ($p < 0,01$). **CONCLUSÕES:** O consumo de substâncias psicoativas pode ser um dos fatores de distinção entre molestadores de crianças e agressores sexuais de adultos. História de abuso sexual e altos níveis de impulsividade podem estar associados com a repetição do comportamento sexualmente agressivo.

Descritores: 1.Consumo de Bebidas Alcoólicas 2.Drogas Ilícitas 3.Comportamento Impulsivo 4.Maus-Tratos Sexuais Infantis 5.Pedofilia 6.Mulheres Maltratadas 7.Estudos Transversais 8.Crime / prevenção & controle

SUMMARY

Baltieri DA. Alcohol and drug consumption and sexual impulsivity among sexual offenders [thesis]. São Paulo: “Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo”; 2005. 149p.

INTRODUCTION: Sexual violence is an important public health problem. In São Paulo, about 5% of male prison inmates are serving a sentence for a serious sexual offense. In Brazil and other countries, many sexual offenders will return home without any psychosocial interventions to prevent recidivism. The aim of this study was to evaluate the role of alcohol and drug consumption and the sexual impulsivity level among sexual offenders. **METHODS:** It was an observational, retrospective and cross-sectional study carried out inside the Penitentiary of Sorocaba – São Paulo. From July 2004 to September 2005, all 218 convicts sentenced only for sexual crimes were evaluated with reference to alcohol and drug use, impulsivity, sexual addiction, recidivism risk and their juridical reports were reviewed. 20 (9.17%) recruited convicts were excluded from the sample. The sexual offenders were divided in three groups, such as children molesters (n= 101), sexual aggressors against adolescents (n = 56) and sexual offenders against adults (n = 41). Moreover, the sexual offenders were also divided in three groups with reference to the number of involved victims, such as sexual aggressors against one victim (n = 149), sexual offenders against two victims (n = 25) and sexual offenders against three or more victims (n = 24). **RESULTS:** 1) Sexual offenders against adults were found to be significantly younger than children molesters and sexual offenders against adolescents ($p < 0.01$); 2) Sexual offenders against adults had more difficulties with drug use than the comparison groups ($p < 0.01$); 3) Children molesters showed significantly higher severity of alcohol dependence than the comparison groups ($p < 0.01$); 4) Children molesters against boys showed significantly higher severity of alcohol dependence than children molesters against girls ($p < 0.01$); 5) Serial sexual offenders had significantly higher impulsivity level than nonserial sexual offenders ($p < 0.01$); 6) Serial sexual offenders reported significantly more personal history of being sexually abused than nonserial sexual offenders ($p < 0.01$). **CONCLUSIONS:** Substance use may be one of the distinguishing factors between offenders who target children and those who target adults. History of sexual abuse and high impulsivity levels may be associated with the repetition of sexual aggression.

Descriptors: 1.Alcohol Drinking 2.Street Drugs 3.Impulsive Behavior 4.Sexual Child Abuse 5.Pedophilia 6.Battered Women 7.Cross-Sectional Studies 8.Crime / prevention & control

1. INTRODUÇÃO

Os agressores sexuais são estudados por várias áreas do conhecimento. Comumente, generalizações inconsistentes sobre o perfil criminológico desta população são propostas (Polaschek, 2003).

No entanto, nas duas últimas décadas, diversos tipos de estudos sobre os agressores sexuais têm sido realizados, revelando a heterogeneidade desta população. O conhecimento do fato de que 30 a 60% dos agressores sexuais não apresentam quaisquer transtornos psiquiátricos diagnosticáveis é importante, tanto do ponto de vista médico, quanto jurídico-social (Curtin e Niveau, 1999).

A frequência de agressores sexuais no sistema penitenciário tem aumentado nos últimos anos, e a violência sexual representa importante problema de saúde pública em vários países do mundo. No Estado de São Paulo, cerca de 5%¹ dos apenados incluídos no sistema penitenciário estão cumprindo sentença por crime de estupro ou atentado violento ao pudor, e, seguramente, a maioria deles retornará para a comunidade sem qualquer intervenção médica ou psicossocial para prevenir a reincidência criminal. Karpman (1960) já se expressava nestes termos, referindo sobre a necessidade do melhor treinamento de profissionais da saúde no manejo e na identificação dos agressores sexuais sentenciados.

¹ Secretaria de Administração Penitenciária do Estado de São Paulo. Correspondência pessoal; 2004.

1.1 Definições

- a) Agressor Sexual – é o indivíduo que comete um crime sexual, legalmente definido pela legislação vigente.
- b) Agressão Sexual – é o envolvimento de alguma pessoa em comportamentos sexuais ilegais, definidos pelos códigos jurídicos. Deve ser percebido que existem variações na definição de comportamentos sexuais ilegais entre países diferentes (Coleman e Miner, 2000).
- c) Transtorno da Preferência Sexual ou Parafilia – consiste em atividades, fantasias ou práticas sexuais anômalas, as quais são intensas, recorrentes e sexualmente excitantes, em geral envolvendo objetos não humanos (fetichismo), sofrimento ou humilhação próprios ou do parceiro (masoquismo ou sadismo sexual) ou crianças (pedofilia) ou outras pessoas sem o consentimento destas, ocorrendo durante um período mínimo de 6 meses (APA, 2002).

1.2 Aspectos do relacionamento entre sexo e drogas

Donnelly et al. (2001) referem que o consumo de álcool e de outras drogas por adolescentes está associado com a precocidade do início das atividades sexuais, bem como com relacionamentos sexuais de risco. Rosenthal et al. (1999) descrevem que o início das atividades sexuais entre adolescentes é influenciado por vários fatores, dentre os quais se destacam a própria percepção da maturidade física, a expectativa por maior autonomia e o consumo de substâncias psicoativas.

Strote et al. (2002) referem que os adolescentes usuários de “*ecstasy*” (metileno-dioxi-metanfetamina) apresentam maior número de parceiros sexuais, maior tempo gasto

com amigos e menor tempo dedicado aos estudos, quando comparados aos adolescentes não usuários.

Halkitis e Parsons (2003) e Stall et al. (2001) têm referido que, entre homens homossexuais, o consumo de substâncias, tais como o álcool etílico e drogas sintéticas, tem sido realizado para o engajamento voluntário em práticas sexuais múltiplas e inseguras.

Embora o consumo de substâncias seja muitas vezes feito para facilitar o exercício das atividades sexuais, várias têm sido as conseqüências negativas no desempenho sexual provocadas pelo consumo das mesmas. Okulate et al. (2003) reportam que cerca de 10% das disfunções eréteis são etiologicamente atribuídas ao abuso de álcool. Fagan (2004) registra que os prejuízos nas fases de excitação e de orgasmo são bastante freqüentes entre usuários de álcool etílico e de cocaína.

A expectativa diante dos possíveis efeitos das substâncias psicoativas aliada ao próprio efeito farmacológico das mesmas está, também, relacionada com comportamentos sexuais violentos (Abbey et al., 2000; Gross et al., 2001).

1.3 Aspectos do relacionamento entre drogas e crime

Uma das principais complicações advindas do consumo de substâncias psicoativas são os problemas com a justiça. Vários estudos têm apontado o relacionamento estreito entre o consumo de bebidas alcoólicas e outras drogas com as atividades criminosas (Dawkins, 1997; Hernandez-Avila et al., 2000; Lo e Stephens, 2002).

Segundo Sinha e Easton (1999), uma das crenças mais comuns no meio jurídico é de que os criminosos, em função do constante descumprimento das regras sociais, acabam por ocupar-se, também, do lucrativo negócio do uso e comércio de substâncias psicoativas. Já no meio médico especializado em dependências químicas, a crença predominante é de que a maioria dos apenados usuários de álcool e outras drogas é, na realidade, composta por indivíduos que fazem uso inadequado destas substâncias e, em função do abuso ou dependência, envolvem-se em atividades ilícitas das mais variadas.

Martin e Bryant (2001) apontam três fatores de conexão entre o consumo de drogas e as atividades criminosas:

- a) os próprios efeitos farmacológicos das substâncias provocariam comportamentos violentos, o que resultaria em atividades ilícitas;
- b) as necessidades econômicas dos usuários e dependentes conduziriam a atos criminosos, para o sustento da própria dependência;
- c) a própria violência inerente ao tráfico e ao mercado de drogas (crime organizado)

Goldstein (1998) considera que o relacionamento entre o uso de substâncias psicoativas e as atividades violentas e criminosas deve ser avaliado dentro de um modelo comportamental complexo. As categorias listadas abaixo identificam os principais fatores atribuídos ao comportamento violento.

Influência dos antecedentes do delinqüente:

- a) antecedentes pessoais e familiares: abuso físico ou sexual, negligência, inadequadas experiências de socialização, agressões vividas durante a infância e a adolescência;
- b) antecedentes culturais: valores adquiridos, crenças e normas internalizadas.

Condições recentes:

- a) efeitos farmacológicos da droga consumida: prejuízo cognitivo, instabilidade emocional, agitação psicomotora, fissura ou “*craving*”, irritabilidade;
- b) condições sociais: falta de controle social, desorganização familiar, falta de oportunidades de emprego e educação;
- c) condições econômicas: necessidade financeira, falta de recursos financeiros para angariar a droga, dívidas;
- d) situacional: ambiente, local de moradia, convivência com outros delinqüentes (“*vizinhança*”).

Richardson e Budd (2003) registram que quanto maior a freqüência dos episódios de intoxicação por álcool, maiores são as chances de ações violentas. O relacionamento entre o consumo de bebidas alcoólicas e atividades criminosas tem sido descrito em vários estudos (Poldrugo, 1998; Sinha e Easton, 1999; Testa, 2002).

1.4 Aspectos do relacionamento entre sexo e crime

Existem diferenças entre crimes sexuais tipificados nas legislações vigentes e crimes com motivações sexuais. Por exemplo, alguns homicidas podem executar o ato sob motivação sexual (ciúmes, rituais eróticos), um voyeur pode entrar no jardim de uma residência para espiar a proprietária em atividades íntimas e ser surpreendido por uma ação de invasão de domicílio, um fetichista pode roubar um objeto inanimado que é a fonte do seu prazer desviado e ser acusado de furto. Supõe-se que muitos crimes não propriamente sexuais tenham em seu bojo uma motivação sexual, a qual poderia ser percebida durante o processo jurídico (Fagan, 2004).

Em Londres, crimes relacionados diretamente a comportamentos sexuais desviados, correspondiam a apenas 1% de todos os crimes registrados (Chiswick, 1983). A crença de que existe uma correlação entre doença mental e crime sexual parece ter ampla aceitação; contudo, falar em etiologia, tratamento e prognóstico dos criminosos sexuais, seguramente, confunde o comportamento sexual criminoso com a doença mental, não havendo evidências suficientes na associação direta entre os crimes sexuais e os transtornos mentais (Baltieri, 2000).

Entretanto, existem comportamentos anormais que favorecem a atividade criminosa.

Walmsley e White (1979) descreveram algumas circunstâncias nas quais o comportamento sexual é uma atividade ilícita:

- a) o ato sexual não é aceito pelo parceiro;
- b) o ato sexual envolve um adulto e um parceiro com idade inferior a 14 anos;
- c) o comportamento sexual é proibido por lei;
- d) o comportamento sexual provoca ultraje ao pudor público.

Os indivíduos com transtornos de preferência sexual podem exercer atividades criminosas. Dentre eles, destacam-se os pedófilos e os exibicionistas, que são os que mais sofrem sanções legais dentro desse grupo (Cordech, 1991).

Muitos agressores sexuais são abordados apenas pelo sistema jurídico. Em certas ocasiões, psiquiatras e outros profissionais da saúde mental são envolvidos na avaliação e manejo destes indivíduos. Raramente, tais agressores sexuais procuram serviços de tratamento médico especializado antes de serem surpreendidos por autoridades policiais.

1.5 Aspectos do relacionamento entre drogas, sexo e crime

O consumo de bebidas alcoólicas é frequentemente considerado um importante fator associado à violência sexual. Aliado às características de personalidade do agressor, bem como às atitudes ou crenças a respeito da violência, o consumo de álcool e outras drogas está relacionado com a perpetração de atos sexuais ilícitos (Testa, 2002).

Widom e Sturmhöfel (2001) também apontam a estreita relação entre violência sexual e consumo de bebidas alcoólicas, sugerindo três teorias que justificam uma conexão entre o consumo abusivo de etanol e o abuso sexual infantil:

- a) o álcool etílico está implicado em comportamentos violentos, uma vez que o dependente de álcool acaba por apresentar, durante as fases da intoxicação, uma linguagem ou comportamento diferentes que são interpretados por terceiros como erotizados, rudes, abusivos e ameaçadores;
- b) o agressor, atribuindo o seu comportamento inadequado ao uso de bebidas alcoólicas, acaba por se eximir de qualquer responsabilidade ou culpa diante do seu comportamento sexualmente desviado previamente existente;
- c) o álcool etílico, sendo um depressor do funcionamento do Sistema Nervoso Central, interfere no controle do comportamento exercido normalmente por centros inibitórios cerebrais, provocando desinibição do comportamento sexual.

Em geral, o consumo de bebidas alcoólicas pode incitar atividades criminosas; o consumo de álcool e o crime podem estar associados a um terceiro fator complicador, como características de personalidade e desvantagens sociais; as atividades criminosas podem incitar o consumo de bebidas alcoólicas, ou mesmo este relacionamento entre álcool, drogas e crime pode ser espúrio. No entanto, em relação aos crimes sexuais,

estudos têm demonstrado que quanto maior a quantidade de etanol consumida, maior é a violência empregada nos atos ilícitos (Abbey et al., 2003).

Ullman (1999) relatou que cerca de 77% dos agressores sexuais consumiram bebidas alcoólicas no momento do fato ilícito. Em contrapartida, Scott et al. (1999) apontam que o consumo de bebidas alcoólicas pelas vítimas de crimes sexuais no momento do fato varia de 20 a 50%.

1.6 Aspectos históricos dos Crimes Sexuais

O termo “estupro” é derivado de *stuprum* que, no antigo direito romano, significava qualquer relação sexual considerada indevida, praticada com homem ou mulher, casados ou não, incluindo-se o adultério e a homossexualidade. Foi utilizado pela *Lex Julia de Adulteriis* (séc. VIII d.c.) para designar adultério, que era punido com pena de morte (Souza, 2004).

Na legislação hebraica, aplicava-se a pena de morte ao homem que violasse mulher já prometida em casamento. No Egito, aplicava-se a pena de mutilação para os “estupradores”, e na Grécia, multa ou pena de morte a quem deflorasse mulher prometida em casamento.

Entretanto, entre os fenícios, as noivas eram enviadas a um escravo com o objetivo que as deflorassem antes das núpcias. Já no reino de Goa, eram os sacerdotes que realizavam o ato de deflorar as donzelas, em homenagem aos Deuses (Eluf, 1999).

O construto hoje conhecido como “Atentado Violento ao Pudor”, como infração penal, era praticamente desconhecido da maioria dos códigos antigos. Entretanto, punia-se a sodomia e o bestialismo na *Lex Julia de Adulteriis* (Sznick, 2001).

Já entre os gregos da antigüidade, o relacionamento homossexual entre um pré-adolescente e um adulto era comum e incentivado socialmente, como ritual de passagem (King, 1997).

A definição de “crime sexual” é dependente do tempo, cultura, localização geográfica, costumes e leis vigentes (Eher et al., 2000).

1.7 Aspectos gerais do abuso sexual

O abuso sexual é um fenômeno complexo, que envolve inúmeros fatores causais, bem como repercussões deletérias na vida do abusado.

Histórias pessoais de abuso sexual, comumente, estão presentes em pacientes que procuram tratamento para diversos transtornos mentais e do comportamento, inclusive problemas sexuais. Isso não significa que o abuso sexual, em si, seja o fator etiológico principal de vários transtornos mentais; todavia, pode influenciar vários aspectos da vida da vítima. O abuso sexual em crianças, por exemplo, é, reconhecidamente, um importante componente etiológico de vários distúrbios psiquiátricos (El-Bassel et al., 2001). Segundo Gabel (1997), cerca de 33% de todas as meninas com doença mental sofreram alguma forma de abuso sexual antes dos 8 anos de idade.

Tomkiewicz (1997) considera como violência ou abuso sexual todo uso do corpo de um indivíduo, sem o consentimento deste, que tenha como finalidade a satisfação do desejo sexual do transgressor. Para Seiden e Shaughnessy (1995), a motivação para o abuso sexual em adultos é mais freqüentemente a degradação e humilhação da vítima do que a gratificação dos desejos sexuais do agressor.

A expressão *abuso sexual* foi, oficialmente, adotada na França, em lugar de outros termos como *violência sexual* (visto que nem todo abuso sexual é praticado com violência) ou *exploração sexual* (que tem conotação de pornografia ou de prostituição) (Gabel, 1997). Já o termo *desvio sexual* pode referir-se a um comportamento sexual incomum social e estatisticamente, não necessariamente designando um comportamento sexual criminoso.

Em 1860, na França, Ambroise Tardieu, professor de Medicina Legal, fez a primeira descrição clínica de uma criança brutalizada sexualmente. Após isso, realizou vários estudos sobre violência sexual em crianças (França, 2001).

Gabel (1997) descreve que todo abuso sexual pressupõe, pelo menos, um ou mais dos seguintes itens:

- a) o transgressor exerce um poder sobre a vítima, o que significa que o primeiro é mais ‘forte’ do que o segundo;
- b) a vítima tem muita confiança no transgressor (implicando relação de dependência);
- c) existe o uso delinqüente da sexualidade, ou seja, o atentado ao direito que toda pessoa tem em relação ao seu próprio corpo.

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), para crianças e adolescentes, existem vários tipos de abuso sexual:

- a) ligações telefônicas obscenas do abusador para a criança;
- b) imagens pornográficas apresentadas à criança;
- c) relações ou tentativas de relações sexuais;
- d) incesto;

- e) exibição dos genitais do abusador para a vítima;
- f) indução de prostituição de menores (Bouhet et al., 1997).

Polaschek (2003) relata que os abusadores sexuais constituem uma população heterogênea, o que dificulta uma categorização diagnóstica médica para a mesma.

1.8 Aspectos epidemiológicos do abuso sexual

Há poucos dados sobre a prevalência de abuso sexual em adultos (Doyle et al., 1999). Provavelmente, a vergonha diante dos familiares e conhecidos, o desconhecimento da lei e reduzidos recursos econômico-culturais de muitas vítimas contribuem para os pobres dados de prevalência.

Dentre os estudos existentes, as estimativas sobre abuso sexual de adultas variam bastante. Bengtsson (1994), por exemplo, referiu que 8 a 10% das mulheres suecas sofreram abuso sexual em algum momento da vida. Schei (1990) relatou que a prevalência de abuso sexual em mulheres adultas na Noruega é de 5%. Nos Estados Unidos da América, cerca de 100.000 mulheres adultas foram vítimas de estupro em 1991 (Curtin e Niveau, 1998). Campbell e Wasco (2005) reportaram que 25% das mulheres adultas americanas são vítimas de estupro anualmente.

Os estudos sobre a prevalência do abuso sexual em crianças também fornecem dados conflitantes, em virtude de diferentes modelos metodológicos utilizados nas pesquisas, e de diversos conceitos empregados para a definição de abuso sexual. Lundqvist et al. (2004) referem que 15 a 30% das mulheres adultas em geral e 25 a 77% das mulheres adultas com problemas mentais sofreram alguma forma de abuso sexual na infância. Fuller (1989) relatou que, nos anos 80, cerca de 100.000 a 500.000 crianças

sofreram abuso sexual anualmente nos Estados Unidos da América. Halpérin et al. (1996) relatam que a prevalência de abuso sexual em crianças do sexo feminino é de 20% na Suíça.

No Brasil, os dados existentes sobre abuso sexual são fundamentalmente baseados em casos de violência sexual e, em geral, não avaliam o testemunho das vítimas em geral (Polanczyk et al., 2003). É notável a existência de poucos estudos no Brasil sobre a prevalência do abuso sexual. Ainda no nosso país, as informações sobre a prevalência do abuso sexual provêm de organizações não governamentais (França Junior, 2003).

Schraiber et al. (2002) realizaram estudo no Município de São Paulo, tendo como amostra 143 usuárias de uma unidade básica de saúde, onde relataram a ocorrência de pelo menos um episódio de violência sexual na vida adulta de 11,5% das mulheres entrevistadas.

De qualquer forma, os dados de prevalência de abuso sexual em uma população devem ser criteriosamente analisados, já que cerca de apenas 3% dos casos são efetivamente reportados aos órgãos oficiais (Leventhal, 1998).

Segundo Bouhet et al. (1997), de uma forma geral, em crianças e adolescentes, a vítima é predominantemente do sexo feminino, numa relação de 2 meninas para 1 menino, sendo que a idade mais acometida é de 8 a 12 anos. Em relação aos abusadores, cerca de 37% são desconhecidos e 63% são conhecidos da vítima. Destes 63%, 17% são pessoas do círculo familiar da criança. A esmagadora maioria dos abusadores é composta por pessoas do sexo masculino.

Em relação aos tipos de abuso sexual em crianças, os comportamentos caracterizados pela exibição dos genitais à vítima, frequentemente, sem convite para um contato sexual mais íntimo e as carícias genitais parecem ser os mais comuns (Bouhet et al., 1997).

Segundo Miccio-Fonseca (2000), 1 em cada 5 apenados por crimes violentos é um agressor sexual em penitenciárias estaduais americanas.

1.9 Classificação dos agressores sexuais

A classificação dos agressores sexuais é um tópico que tem recebido pouca atenção, apesar da sua importância na compreensão do abuso e da agressão sexual. Além disso, um adequado sistema de classificação pode trazer em seu bojo uma proposta terapêutica, um possível prognóstico e diferentes formas de abordagem.

Entretanto, há dois pontos consideráveis no processo de classificação:

- a) os agressores sexuais mostram uma ampla gama de comportamentos sexuais diferentes entre si;
- b) em função da heterogeneidade do comportamento sexual envolvido nas agressões sexuais, uma classificação poderá acarretar em um reducionismo diagnóstico e terapêutico (Polaschek, 2003).

O diagnóstico psiquiátrico pretende servir para uma série de propósitos, incluindo a identificação de pessoas que compartilham de um conjunto de sinais e sintomas comuns, a confiabilidade entre diversos clínicos que realizam o mesmo diagnóstico e a melhora no entendimento da etiologia da categoria diagnóstica sindrômica.

Nos crimes de estupro e atentado violento ao pudor (envolvendo ou não crianças e púberes), é possível definir uma série de características que ocorrem frequentemente: em outras palavras, uma síndrome. O problema é determinar se esta “síndrome” corresponde ou não a um Transtorno Psiquiátrico.

A Associação Psiquiátrica Americana (APA, 2002) foi a primeira a oferecer os critérios diagnósticos das chamadas Parafilias ou Transtornos de Preferência Sexual, cujos sintomas e sinais envolvem uma ampla taxa de comportamentos, fantasias ou práticas sexuais desviados e não convencionais. Para algumas das categorias descritas, como Pedofilia e Exibicionismo, desde que constituam em práticas sexuais, os comportamentos por si só são considerados criminosos no Brasil (Guimarães, 2003). Para outras categorias, como fetichismo e fetichismo transvéstico, apesar de comportamentos desviados, não constituem por si só atividades catalogadas como criminosas (Polaschek, 2003).

Embora haja mais de 40 tipos de parafilias descritas, a Associação Psiquiátrica Americana (APA, 2002) cataloga apenas 8:

- Pedofilia (preferência sexual por crianças, usualmente de idade pré-puberal ou no início da adolescência);
- Exibicionismo (tendência recorrente a expor a genitália a estranhos ou a pessoas em lugares públicos);
- Fetichismo (dependência de alguns objetos inanimados como um estímulo para excitação e satisfação sexual. Muitos fetiches são extensões do corpo humano, tais como artigos de vestuário e calçados);

- Fetichismo Transvéstico (uso de roupas do sexo oposto principalmente para obter excitação sexual);
- Frötteurismo (excitação sexual envolvendo tocar e esfregar-se em uma pessoa sem o seu consentimento);
- Sadismo Sexual (preferência por atividade sexual que envolve a aplicação da dor ou humilhação sob terceiros);
- Masoquismo Sexual (preferência por atividade sexual que envolve a servidão ou submissão à dor ou humilhação);
- Voyeurismo (tendência recorrente a olhar pessoas envolvidas em comportamentos sexuais ou íntimos, tais como despir-se).

Se o indivíduo tiver mais de uma parafilia ao mesmo tempo, fato que não é incomum, a APA (2002) adota a classificação:

- Transtorno Múltiplo de Preferência Sexual.

Para abarcar as outras parafilias descritas, como coprofilia (excitação com fezes), urofilia (excitação sexual com urina), clismafilia (excitação sexual com a utilização de enemas), necrofilia (fantasias ou práticas sexualmente excitantes envolvendo cadáveres), zoofilia (excitação sexual com animais), infantilismo parafilico (excitação sexual com a utilização de fraldas), a APA (2002) utiliza-se da seguinte classificação:

- Transtorno de Preferência Sexual Sem Outra Especificação.

Prentky et al. (1989) afirmam que, entre os agressores sexuais homicidas, existem altas taxas de Transtornos de Preferência Sexual, em especial a Pedofilia, o Exibicionismo e o Fetichismo.

1.10 A Escolha da vítima

Alguns estudos têm apontado para uma possível preferência dos agressores sexuais por determinados tipos de vítimas.

Apesar da heterogeneidade dos agressores sexuais, alguns sistemas classificatórios têm sido propostos, especialmente por criminologistas (Stevens, 2000). Poucos estudos têm investigado diferenças entre agressores sexuais seriais (mais de 3 vítimas ao longo da vida) e não seriais (menos de 3 vítimas ao longo da vida). Segundo Guay et al. (2001), agressores sexuais seriais tendem a manter a escolha da vítima quanto à idade da mesma, ou seja, os agressores sexuais de crianças tendem a reincidir no mesmo crime contra outras crianças, e os agressores de adultos tendem a reincidir no mesmo crime contra outras mulheres adultas. De acordo com estes autores, o mesmo padrão é observado com relação às vítimas familiares e desconhecidas dos agressores. Desta forma, parece haver um certo nível de “especialidade” dos agressores sexuais quanto às vítimas preferidas, ou seja, crianças, adolescentes ou adultos.

Hanson et al. (2003) apontam para uma “especialidade” dos agressores sexuais também para a eleição do sexo da vítima, ou seja, os agressores sexuais de meninos tendem a reincidir contra outros meninos. Estes autores afirmam que, entre os molestadores de crianças, aqueles que apresentam maiores taxas de reincidência no mesmo crime são os agressores sexuais de vítimas não familiares e do sexo masculino. Já entre os agressores de mulheres adultas, a taxa de reincidência no mesmo crime tende a ser baixa.

O abuso de álcool principalmente e, em menor escala, o abuso de outras drogas, tem sido associado à reincidência criminal (Swartz e Lurigio, 1999). Apesar disso, e, considerando a maior taxa de reincidência criminal no mesmo crime entre agressores sexuais de crianças do sexo masculino, não há estudos até o momento que avaliem o papel do consumo inadequado de bebidas alcoólicas e de outras drogas entre agressores sexuais de crianças.

Embora haja vasta literatura não científica sobre os agressores sexuais seriais, pouco tem sido pesquisado sobre possíveis diferenças entre os seriais e os não seriais (Guay et al., 2001). Apesar de esparsos estudos na literatura, pouco se tem avaliado quanto às diferenças comportamentais entre os agressores sexuais de adultos e de crianças, o que se faz necessário (Quinsey et al., 2003).

Finney (2003) também atenta para lacunas nas pesquisas sobre os agressores sexuais e incentiva estudos nos seguintes itens:

- a) o papel do álcool (intoxicação no momento do ato ilícito e o consumo crônico) na violência sexual;
- b) o papel do álcool na agressão sexual, avaliando as diferentes combinações de relacionamentos vítima - agressor (vítima criança, adolescente, adultos – relacionados ou não relacionados com o agressor);
- c) o papel do álcool e outras drogas entre agressores de várias faixas etárias.

De acordo com Quinsey et al. (2003), as estratégias de pesquisas sobre os agressores sexuais podem focar tanto na comparação entre criminosos sexuais e outros criminosos violentos, como na comparação entre diferentes tipos de agressores sexuais, baseando-se na história da ofensa sexual (gênero e quantidade de vítimas, por exemplo).

1.11 Fatores etiológicos do comportamento sexualmente agressivo

É muito difícil determinar com exatidão as causas das agressões sexuais contra crianças, adolescentes e adultos. O abuso sexual é multifatorial, porque inúmeros fatores psicológicos, biológicos e sociais estão implicados na conduta dos abusadores. Seja objetivando a humilhação e degradação da vítima, ou satisfazendo um desejo sexual desviado, muitos dos agressores apresentam ampla variedade de sintomas psicopatológicos (Balier, 1997).

Johnston et al. (1999) referem alguns fatores que facilitam o abuso sexual de crianças dentro do círculo familiar:

- a) o interesse sexual de algum adulto por crianças;
- b) a negligência à existência de leis que protegem a criança e o adolescente;
- c) baixo nível sócio-econômico;
- d) minorias étnicas e raciais.

Do ponto de vista psiquiátrico, a maioria dos agressores sexuais não apresenta quaisquer transtornos psiquiátricos no momento do ato ilícito, e, desta forma, são manejados pelo sistema penal como qualquer outro criminoso. Contudo, muitos pesquisadores têm demonstrado que uma substancial proporção de agressores sexuais apresenta problemas psiquiátricos, tais como abuso / dependência de álcool e outras drogas (Abbey et al., 2003; Dunsieath et al., 2004; Johnson e Stahl, 2004; Testa, 2002), impulsividade sexual aumentada (Knight e Sims-Knight, 2003; McElroy et al., 1999), transtornos da preferência sexual e transtornos da personalidade (Brown e Forth, 1997).

Mais comumente, contudo, os agressores sexuais negam qualquer comportamento desviante (Hanson e Bussière, 1998).

Testa (2002) revisou a literatura sobre o consumo de bebidas alcoólicas por agressores sexuais no momento do fato criminoso, revelando uma variação de 13 a 63% de consumo de álcool entre estupradores. Segundo Taylor (1995), há algumas evidências de que o consumo de bebidas alcoólicas pelos agressores sexuais esteja associado com a humilhação da vítima ou com a violência no momento do ato sexual.

De uma forma geral, apenados por crimes sexuais apresentam maior prevalência de abuso ou dependência de álcool do que a população geral e mostram mais problemas relacionados ao consumo de bebidas alcoólicas do que outros sentenciados por outros tipos de crimes violentos contra a pessoa. A gravidade da dependência de álcool parece estar relacionada à perpetração dos atos sexuais ilícitos (Testa, 2002).

Tem sido freqüentemente afirmado que história de abuso sexual infantil é importante fator de risco para a perpetração da agressão sexual na vida adulta (Salter et al., 2003).

1.11.1 – Fatores etiológicos relacionados aos Transtornos de Preferência Sexual

Entre os abusadores com transtornos mentais, já se descreveram pedófilos e pessoas que produzem pornografia pedofílica (Wyllie et al., 1999), dependentes de álcool e drogas, pessoas com transtorno de identidade sexual, com distúrbios de personalidade, com transtornos afetivos e esquizofreniformes. Além disso, há um número substancial de abusadores sexuais sem qualquer anormalidade psiquiátrica diagnosticável (Curtin e Niveau, 1999).

Em relação à pedofilia, trata-se de um transtorno de preferência sexual diagnosticado em muitos dos abusadores sexuais de crianças (Cordech, 1991). O pedófilo deve ter 16 anos ou mais e ser cinco anos mais velho do que a vítima. A grande maioria dos pedófilos é do sexo masculino. A maioria prefere meninos ou meninas, sendo que uma pequena proporção é interessada em ambos os sexos. A faixa etária das vítimas do sexo masculino varia, em geral, entre 8 e 11 anos; e das do sexo feminino, entre 11 e 15 anos. Estes indivíduos, em geral, são tímidos, impulsivos, têm baixa auto-estima, menor capacidade de socialização, maior consumo de pornografia e dificuldade para atrair parceiros da mesma idade (Baltieri, 2000).

Existe relato, na literatura, onde crianças e adolescentes são envolvidos sexualmente em certos rituais, por vezes, denominados satânicos (Wyllie et al., 1999).

Alguns estudos recentes têm apontado para diversas alterações orgânicas encontradas em pedófilos, como níveis alterados de cortisol plasmático e de norepinefrina cerebral (Maes et al., 2001; Quinsey, 2003).

1.11.2 Fatores etiológicos relacionados ao comportamento agressivo em geral

A resposta ao estresse é composta por elementos psicológicos (que envolvem a interpretação do fato ameaçador e lembranças de situações semelhantes do passado), o sistema nervoso (que realiza esta interpretação), e o sistema endocrinológico (que permite ao organismo reagir a estas ameaças com uma resposta física de fuga ou luta). O comportamento agressivo pode ser visto como uma reação exagerada ou inapropriada ao estresse percebido ou sentido.

Nas duas últimas décadas, o comportamento agressivo tem sido relacionado, biologicamente a:

- a) níveis de andrógenos circulantes. O papel e importância dos andrógenos têm sido mal interpretados, em geral associando altos níveis de testosterona com comportamentos violentos. Entretanto, do ponto de vista endocrinológico, não há evidências de que os hormônios sexuais masculinos estimulem a violência (Gijs e Gooren, 1996; Giotakos et al., 2003b);
- b) distúrbios anatômicos e funcionais de certas áreas do cérebro. Há relatos de comportamentos agressivos após lesões de hipotálamo, área septal, lobo temporal e amígdala. (Albert et al., 1993; Lieverse et al., 2000; Potegal et al., 1996);
- c) alterações na resposta hormonal ao estresse. Duas das mais importantes substâncias relacionadas ao sistema neuroendocrinológico do estresse são a norepinefrina, produzida principalmente pelo *Locus Coeruleus* (região localizada na parte alta da ponte do Tronco Cerebral), e os corticóides, produzidos e liberados pelo sistema hipotálamo-hipofisário-adrenal. Todos estes sistemas são caracterizados por mecanismos de feedback (retroalimentação), assegurando o controle sobre a atividade de cada sistema. Em uma reação de fuga, por exemplo, normalmente, existe um aumento da secreção de corticóides e de norepinefrina; uma vez ocorrido este aumento sérico, haverá, conseqüentemente, uma redução da ativação dos sistemas produtores das respectivas substâncias, a fim de controlar o nível de secreção. Supõe-se que, em indivíduos agressivos, exista uma deficiência no mecanismo de feedback negativo, o que conduziria a um aumento da atividade destes sistemas, provocando inapropriadas respostas a

alguma ameaça percebida (Bradley, 2000). Além disso, experiências adversas durante a infância, em um cérebro ainda em desenvolvimento, podem colaborar para produzir profundas alterações biológicas no sistema de resposta ao estresse;

d) neurotransmissores. Altos níveis de norepinefrina e de dopamina e baixos níveis de serotonina no Sistema Nervoso Central têm sido relacionados ao comportamento violento e agressivo (Kavoussi e Coccaro, 1996; Lieverse et al., 2000).

Apesar de atraentes pela relativa simplicidade, estes quatro fatores freqüentemente se misturam, em uma rede disfuncional complexa.

1.12 Crimes Sexuais no Brasil

O objeto do direito deve destacar a proteção dos interesses e bens de especial valor social, inclusive aqueles que possam influenciar no desenvolvimento da pessoa. No que concerne ao direito penal sexual, o objeto é a tutela da liberdade pessoal no campo dos fenômenos sexuais, punindo os danos ou riscos de danos ao princípio de autodeterminação sexual (Gusmão, 2001).

1.12.1 Código Penal Brasileiro (Lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940)

O Código Penal Brasileiro é composto por duas partes: Parte Geral e Parte Especial. A Parte Geral é formada por 8 Títulos que contêm 120 artigos; e a Parte Especial é composta por 11 Títulos que contêm 239 artigos. Os artigos 360 e 361 deste Código compõem as chamadas “Disposição Finais” do Código Penal.

Na Parte Especial, o Título VI refere-se aos “Crimes Contra os Costumes”, contendo 6 capítulos.

- Capítulo 1 – Dos Crimes contra a Liberdade Sexual – artigos 213 a 216-A
- Capítulo 2 – Da Sedução e da Corrupção de Menores – artigos 217 e 218.
- Capítulo 3 – Do Rapto – artigos 219 a 222.
- Capítulo 4 – Disposições Gerais – artigos 223 a 226.
- Capítulo 5 – Do Lenocínio e Do Tráfico de Mulheres – artigos 227 a 232
- Capítulo 6 – Do Ultraje Público ao Pudor – artigos 233 e 234 (Oliveira, 1994).

Dentre os crimes contra os costumes, enfatizamos os crimes de estupro e atentado violento ao pudor.

1.12.1.1 Artigo 213 – Estupro

“Constranger mulher à conjunção carnal, mediante violência ou grave ameaça:

Pena - reclusão, de 6 (seis) a 10 (dez) anos”

Conjunção carnal significa “sexo vaginal”. Desta forma, só é possível se praticado por homem contra mulher.

O estupro é a posse sexual de mulher por meio de violência física ou moral. É indispensável a realização de exame pericial na vítima, visto que estupro é crime que deixa vestígios (Machado e Copelli, 2004).

Tentativa de Estupro é admissível no contexto deste código. Ocorre quando, realizados os atos executórios (violência ou grave ameaça), o sujeito não alcança a consumação do ato por circunstâncias alheias à sua vontade.

1.12.1.2 Artigo 214 – Atentado Violento ao Pudor

“Constranger alguém, mediante violência ou grave ameaça, a praticar ou permitir que com ele se pratique ato libidinoso diverso da conjunção carnal:

Pena - reclusão, de 6 (seis) a 10 (dez) anos”

O artigo 263 do Estatuto da Criança e do Adolescente acrescentou um parágrafo único nos artigos 213 e 214 do Código Penal, agravando a pena, quando o crime de estupro e de atentado violento ao pudor forem cometidos contra menores de 14 anos de idade (Cury, 2005). A Lei dos Crimes Hediondos, publicada no mesmo ano do Estatuto da Criança e do Adolescente (1990), também agravou a pena para os crimes de estupro e atentado violento ao pudor em seu artigo 6º, além de criar uma causa de aumento da pena (artigo 9º), exasperando-a de metade quando praticado o crime contra pessoa que se encontra nas condições do artigo 224 do Código Penal (menores de 14 anos de idade, deficientes mentais e pessoas incapazes de resistir) (Jesus, 2002).

No crime de Atentado Violento ao Pudor, o sujeito ativo e o sujeito passivo podem ser tanto o homem quanto a mulher. O termo “ato libidinoso” significa o ato que visa ao prazer sexual, que “serve de desafogo à concupiscência”. O contato físico é imprescindível para que se configure o delito. Segundo Jesus (2002), passar as mãos nas nádegas da vítima, passar as mãos nas coxas e seios das vítimas, beijos lascivos desde que praticados mediante violência ou grave ameaça podem configurar o delito.

Tentativa de Atentado Violento ao Pudor é, para alguns autores, admissível, desde que o ato não seja consumado por circunstâncias alheias à vontade do sujeito, apesar do emprego da violência ou manifestada grave ameaça.

1.12.2 Lei dos Crimes Hediondos (Lei n. 8.072, de 25 de julho de 1990)

A Lei dos Crimes Hediondos é composta por 13 artigos. O artigo 1º define os crimes hediondos:

Art. 1 – São considerados hediondos os seguintes crimes, todos tipificados no Decreto-Lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940 – Código Penal, consumados ou tentados:

I - Homicídio (art. 121 do Código Penal), quando praticado em atividade típica de grupo de extermínio, ainda que cometido por um só agente, e homicídio qualificado (art. 121, § 2º, I, II, III, IV e V);

II - Latrocínio (art. 157, § 3º, *in fine*);

III - Extorsão qualificada pela morte (art. 158, § 2º);

IV - Extorsão mediante seqüestro e na forma qualificada (art. 159, *caput*, e §§ 1º, 2º e 3º);

V - Estupro (art. 213 e sua combinação com o art. 223, *caput* e parágrafo único);

VI - Atentado Violento ao Pudor (art. 214 e sua combinação com o art. 223, *caput* e parágrafo único);

VII - Epidemia com resultado de morte (art. 267, § 1º);

Parágrafo Único – Considera-se também hediondo o crime de genocídio previsto nos arts. 1º, 2º e 3º da Lei nº 2.889, de 1º de outubro de 1956, tentado ou consumado” (Monteiro, 1999).

Nos crimes hediondos, para se combater a violência e os crimes violentos, o legislador não só visou ao aumento das penas, tornando-as mais severas, mas também fez com que a pena imposta fosse cumprida por inteiro. Para concretizar estes objetivos,

o legislador eliminou vários benefícios reconhecidos pelas leis ordinárias. Desta forma, para os crimes hediondos, não se fala em concessão de anistia, graça e indulto e, muito menos, de fiança e liberdade provisória. Se o réu por crime hediondo é preso em flagrante, não gozará de nenhum benefício antes da condenação, ou seja, responderá ao processo preso (Sznick, 2001).

1.13 Tratamento dos agressores sexuais

1.13.1 Princípios da abordagem

Paradoxalmente, à medida que nós ganhamos maior entendimento sobre os agressores sexuais e desenvolvemos melhores técnicas de tratamento, as políticas públicas ao redor do mundo encorajam maiores leis punitivas e menor apoio ao tratamento.

A Associação Internacional para o Tratamento de Agressores Sexuais (IATSO – International Association for the Treatment of Sexual Offenders) foi criada em 24 de março de 1998. O Departamento de Sexualidade Humana da Faculdade de Medicina da Universidade de Minnesota foi co-responsável pela organização de 5 congressos internacionais sobre este assunto, visando à educação continuada e a criação de modalidades eficazes de tratamento para os agressores sexuais. Após o 5º congresso internacional, em 1996, vários importantes eventos relacionados ao tema ocorreram, com o amadurecimento da idéia de se elaborar uma revisão sobre as diretrizes do tratamento para esta população.

A IATSO tem os seguintes objetivos:

- a) Aumento do conhecimento sobre a natureza dos agressores sexuais, melhorando os métodos de avaliação e tratamento;
- b) Criação de um comitê científico para avaliar, criteriosamente, os métodos de tratamento então propostos e disseminar as informações;
- c) Ter como princípio que o aprimoramento do tratamento de agressores sexuais se deve à contínua comunicação entre organizações internacionais, troca de idéias, de métodos de pesquisa e de experiências;
- d) Considerar que o tratamento de agressores sexuais deve ser amplamente promovido, disponível e acessível;
- e) Considerar que o tratamento de agressores sexuais resultará em redução da incidência de agressões sexuais;
- f) Considerar que apenas a punição legal para crimes sexuais é insuficiente e inadequada para reduzir a incidência de comportamentos sexuais desviados;
- g) Considerar que a reincidência de agressões sexuais é reduzida através do adequado manejo e tratamento dos agressores;
- h) Considerar que o tratamento de agressores é um direito humano básico (Coleman e Miner, 2000).

Segundo a IATSO, existem 16 princípios para o tratamento de agressores sexuais:

1. Existem evidências de que alguns tipos de tratamento podem ser mais efetivos do que outros para a redução da recidiva em determinados agressores sexuais. Desta maneira, uma única fórmula de proposta terapêutica não serve para todos os agressores.
2. O tratamento de agressores sexuais pode ser visto pelos pacientes como um processo eletivo (a escolha é deles), principalmente se eles não consideram seus interesses sexuais patológicos psiquiátrica ou psicologicamente.
3. A efetividade do tratamento proposto deve ser continuamente avaliada.
4. O paciente com uma bem documentada anormalidade biomédica deve ser, também, tratado para esta condição através de meios já consagrados.
5. O tratamento do agressor deve ser desempenhado com o objetivo de melhorar a qualidade de vida do paciente, para que ele não reincida.
6. Se o paciente tiver um diagnóstico psiquiátrico, como Esquizofrenia, deve ser adequadamente tratado para esta condição.
7. O tratamento de agressores sexuais pode envolver uma variedade de condutas terapêuticas (psicoterapias, tratamento psicofarmacológico, grupo de mútua ajuda). É importante que os profissionais envolvidos com o tratamento de agressores sexuais mantenham-se continuamente atualizados sobre os métodos mais adequados e eficazes de tratamento.
8. O planejamento terapêutico pode envolver o uso de psicofármaco, o qual pode reduzir o desejo e a excitação sexuais anômalos.

9. Profissionais que lidam com esta população devem estar preparados para trabalhar com o sistema jurídico criminal de uma forma ética e cooperativa.
10. Os agressores sexuais precisarão de um tratamento crônico, o que deve ser possibilitado e incentivado.
11. Não é ético encaminhar o paciente agressor sexual para serviços cujo único interesse seja o de pesquisa além de nada beneficiar o paciente.
12. Para efetivamente convencer profissionais da área jurídica e a sociedade em geral sobre os benefícios do tratamento dos agressores sexuais, é importante que os profissionais médicos ou psicólogos envolvidos com este tratamento desenvolvam, publiquem e disseminem resultados sobre o tratamento realizado com esta população.
13. Agressores sexuais, freqüentemente, estão sob procedimento legal, e os profissionais envolvidos no tratamento devem estar preparados para aparecer diante do juiz, quando necessário.
14. Aos agressores sexuais são fornecidos os mesmos direitos à confidencialidade e à privacidade de qualquer outro paciente, exceto nos quesitos onde a Lei vigente requer de forma diferente.
15. Agressores sexuais não devem ser discriminados sob nenhuma forma e sob qualquer pretexto.
16. Profissionais que tratam os agressores sexuais devem avaliar estes indivíduos com respeito e dignidade. Se estes profissionais não conseguem assim tratar seus pacientes, eles devem rever seu papel nestas situações (Coleman et al., 2000).

1.13.2 Programas de tratamento

Os programas de tratamento para agressores sexuais são raros (Keenan e Ward, 2001). As razões para isso são:

- a) atitudes discriminatórias;
- b) falta de interesse político (não produz votos);
- c) falta de conhecimento do sistema judiciário sobre os aspectos biopsicossociais dos agressores sexuais;
- d) carência de estudos sistematizados sobre o tema;
- e) crença de que criminosos sexuais podem ser exterminados através de penas severas (Frenken, 1999).

2. JUSTIFICATIVA

O progressivo interesse no estudo e na abordagem dos agressores sexuais tem sido matéria de pesquisas em todo o mundo. Apesar disso, serviços especializados na avaliação e manejo desta população são raros.

Cerca de 5% dos apenados do sexo masculino atualmente inseridos no sistema penitenciário do Estado de São Paulo foram sentenciados por crimes sexuais e pouco tem sido feito para compreender os fatores psicossociais relacionados a estes tipos de crime e, desta forma, delinear propostas de ação.

Pesquisas envolvendo apenados agressores sexuais no Brasil são deficientes. O presente trabalho consiste em uma proposta inédita no nosso país, tendo em vista a ausência de estudos nacionais realizados dentro do sistema penitenciário sobre este tema, o que pode representar atraente linha de pesquisa tanto no meio médico, quanto jurídico.

3. OBJETIVOS

3.1 Gerais

- Avaliar problemas com o consumo de álcool e outras drogas entre apenados agressores sexuais;
- Avaliar impulsividade sexual excessiva entre apenados agressores sexuais;
- Avaliar diferenças entre apenados por crimes sexuais envolvendo vítimas crianças, adolescentes e adultas, quanto à impulsividade, uso de substâncias psicoativas e risco de reincidência criminal.

3.2 Específicos

- Avaliar importância do consumo de álcool e outras drogas no momento do ato ilícito;
- Avaliar diferenças entre agressores sexuais seriais e não seriais, em relação às vítimas escolhidas, impulsividade sexual, consumo inadequado de álcool e outras drogas e história pessoal de abuso sexual;
- Avaliar diferenças entre agressores sexuais de crianças, adolescentes e adultos, quanto às características sócio-demográficas e fatores relacionados ao crime, história pessoal de abuso sexual, problemas relacionados ao consumo de álcool e outras drogas e impulsividade sexual;
- Avaliar demanda para tratamento em serviço especializado em Transtornos da Sexualidade e Dependência Química;
- Estabelecer propostas de ação em termos de prevenção de reincidência criminal

4. HIPÓTESES

4.1 Hipóteses Experimentais

- Os agressores sexuais de adultos têm idade média diferente do que os agressores sexuais de crianças;
- Entre os criminosos sexuais de crianças do sexo masculino, a gravidade do consumo de bebidas alcoólicas é diferente da encontrada entre os agressores de crianças do sexo feminino;
- Os problemas relacionados ao consumo de álcool e de outras drogas mostram-se diferentes entre os agressores de adultos e os molestadores de crianças;
- Os agressores sexuais seriais apresentam frequência de história de abuso sexual diferente do que os agressores sexuais não seriais;
- Os agressores sexuais seriais tendem a re-ofender vítimas de um mesmo sexo e de idades semelhantes;
- Os agressores sexuais seriais apresentam nível de impulsividade sexual diferente do que os agressores sexuais não seriais

5. MÉTODOS

5.1 ABSex – Faculdade de Medicina do ABC

O Ambulatório de Transtornos da Sexualidade das Disciplinas de Psiquiatria e Psicologia Médica da Faculdade de Medicina do ABC (ABSEx) foi fundado em março de 2003, destinado à assistência, ensino e pesquisa em sexualidade humana e seus transtornos.

Atualmente, o serviço conta com psiquiatra, psicólogos, médicos residentes em psiquiatria e acadêmicos da Faculdade de Medicina do ABC, atendendo uma média de 90 consultas por mês.

Em outubro de 2004, foi criada a Liga de Estudos da Sexualidade (LESEx), com o objetivo de pesquisa e ensino em Transtornos da Sexualidade.

5.2 GREA- IPqHCFMUSP

O Grupo Interdisciplinar de Estudos de Álcool e Drogas do Instituto de Psiquiatria do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (GREA-IPqHCFMUSP) foi fundado em 1981 por residentes do Instituto de Psiquiatria do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, com a finalidade de estudo e de tratamento de pacientes com alcoolismo. Em 1987, associou-se ao GREF (Grupo de Estudos de Farmacodependências), que existia na mesma instituição, desde 1983, ampliando seus objetivos, que também passaram a

incluir o estudo e o tratamento de pacientes que apresentassem dependência de outras substâncias psicoativas.

Esta fusão realizou-se em função das similaridades entre os objetos de estudo e entre as abordagens metodológicas e conceituais de ambos os grupos.

Desde sua fusão, o GREA conta, em sua equipe, com psiquiatras, residentes em Psiquiatria, psicólogos, acadêmicos de Medicina e Psicologia e estrutura de secretariado distinto. Uma parte desse pessoal é contratada e outra trabalha em regime voluntário.

Atualmente, o GREA atende uma média de 400 consultas por mês.

5.3 Projeto de Pesquisa

O presente projeto foi desenvolvido pelo Grupo Interdisciplinar de Estudos de Álcool e Drogas do Instituto de Psiquiatria do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (GREA) e Ambulatório de Transtornos da Sexualidade das Disciplinas de Psiquiatria e Psicologia Médica da Faculdade de Medicina do ABC (ABSEx).

Trata-se de um projeto de pesquisa, com característica de estudo observacional, retrospectivo e transversal (Altman, 1999), baseado na coleta de informações por meio de questionários e inventários padronizados, bem como através de dados de prontuários jurídicos.

O projeto de pesquisa avaliou apenas por crimes sexuais violentos (Estupro – Art. 213 do Código Penal Brasileiro e Atentado Violento ao Pudor – Art. 214 do Código Penal Brasileiro) confinados na Penitenciária II de Sorocaba – São Paulo. O acesso à

Penitenciária foi possível, contando com a parceria do Conselho Penitenciário do Estado de São Paulo e da Secretaria de Administração Penitenciária do Estado de São Paulo.

Existem três penitenciárias no Estado de São Paulo – Sorocaba, Itaipava e Serra Azul – que se destinam mais especificamente ao acolhimento de apenados por crimes sexuais, visto que estes sentenciados correm risco em penitenciárias comuns. Dentre as três penitenciárias do Estado, a de Sorocaba foi eleita para esta pesquisa, em função da organização dos prontuários jurídicos, da aceitação dos diretores desta unidade prisional da realização da pesquisa e da maior especialidade da unidade prisional neste tipo de crime em relação às outras duas.

A partir da identificação dos apenados sentenciados **apenas** por crimes de estupro ou atentado violento ao pudor, organizou-se a amostra, com o objetivo de se formar três grupos (grupo A – apenados que agrediram vítimas crianças; grupo B – apenados que agrediram adolescentes; grupo C – apenados que agrediram adultos). As vítimas crianças foram consideradas entre menores de 12 e 11 anos de idade, as vítimas adolescentes entre 12 e 18 anos de idade, e as vítimas adultas tinham idade superior a 18 anos. Esta distribuição de idade foi estabelecida tendo como base os critérios do Estatuto da Criança e do Adolescente (Lei nº 8.069, de 13/07/1990).

O projeto teve duração de 15 meses, tendo início em julho de 2004 e término em setembro de 2005, e contou com todos os 218 sentenciados **apenas** por crimes sexuais da Penitenciária de Sorocaba - São Paulo. Nesta unidade prisional, no período da pesquisa, existiam 1220 homens internos, sendo 910 apenados por crimes sexuais. Destes, 218 estavam condenados apenas por crimes sexuais. A escolha de apenados

sentenciados APENAS por crimes sexuais foi feita para evitar a influência de outros tipos de crimes e diferentes motivações para a conduta ilícita atual.

O tamanho proposto para esta amostra consistiu em uma das maiores amostras de agressores sexuais já investigadas e publicadas, através de instrumentos padronizados (Dunsieth et al., 2004).

Os apenados ingressantes no projeto foram entrevistados para explicação dos procedimentos do estudo e seu consentimento foi solicitado por escrito (Anexo 02), conforme as normas éticas e regulamentares vigentes do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. Os apenados foram certificados de que as informações obtidas têm caráter estritamente científico e confidencial. Também foram informados de que a participação, além de voluntária, não lhes traria quaisquer benefícios ou prejuízos em termos de comutação de pena ou benefício de progressão do regime de pena.

Os apenados foram entrevistados por 2 avaliadores (um psiquiatra e uma psicóloga), sendo um deles portador de grau de mestre em Medicina.

As entrevistas dos apenados foram concomitantes com a leitura dos respectivos prontuários jurídicos, o que possibilitou a confrontação dos dados jurídicos com o relato dos sentenciados.

Todos os apenados foram entrevistados apenas uma vez e seus prontuários jurídicos revisados.

5.3.1 Instrumentos e Procedimentos

Os instrumentos e inventários utilizados foram aplicados 01 vez para cada apenado, após a assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido. Os inventários utilizados foram:

a) Protocolo Comum (Anexo 03);

O Protocolo Comum disponibiliza questões sobre dados sócio-demográficos dos entrevistados, inclusive questões envolvendo a história pessoal e familiar do consumo de bebidas alcoólicas e outras drogas, além do comportamento sexual.

Neste questionário, foram formuladas questões específicas para o grupo estudado e de acordo com os objetivos deste trabalho, tais como sobre o consumo de álcool e outras drogas no momento do fato ilícito e no momento da prisão.

Este protocolo foi utilizado em outros trabalhos realizados no Grupo Interdisciplinar de Estudos de Álcool e Drogas do Instituto de Psiquiatria do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (Baltieri, 2002).

b) CAGE Questionnaire (Anexo 04);

O CAGE foi desenvolvido para ser um breve instrumento de triagem de pessoas com problemas com o consumo de bebidas alcoólicas, tanto em ambientes destinados ao tratamento quanto em outros. Um escore de 2 ou mais é considerado clinicamente significativo e serve como um alerta ao profissional da saúde para aumentar a investigação sobre problemas relacionados ao consumo de bebidas alcoólicas (Rounsaville e Poling, 2000).

O CAGE contém quatro perguntas com duas possibilidades de resposta (sim / não) e pode ser auto-preenchido ou realizado por entrevistador.

A sensibilidade deste instrumento para um escore de 2 atinge entre 78% e 81%, enquanto a especificidade atinge entre 76 e 96% (Ewing, 1984). Trata-se de instrumento traduzido e validado no Brasil (Masur e Monteiro, 1983).

c) SADD (Short Alcohol Dependence Data) (Anexo 05);

Este instrumento foi criado por Raistrick e Davidson (1983) e validado no Brasil por Jorge e Masur (1986). É um questionário destinado a avaliar o nível de gravidade da dependência de álcool. É composto por 15 itens, com quatro alternativas para cada resposta possível, de acordo com a frequência (0 = nunca; 1 = poucas vezes; 2 = muitas vezes; 3 = sempre).

Conforme os pontos obtidos, classifica-se o grau de dependência em leve (0 a 9 pontos), moderada (10 a 19 pontos) e severa (mais de 20 pontos). Pode ser auto-preenchido ou aplicado por entrevistador.

Objetiva-se aplicar este questionário entre adultos com problemas com o consumo de bebidas alcoólicas, focando primariamente naqueles com padrão de dependência (Castel e Formigoni, 2000).

Este questionário tem demonstrado adequada validade e confiabilidade em pacientes procurando tratamento e, também, quando aplicado em homens com envolvimento com a justiça (McMurrin e Hollin, 1989).

d) DAST (Drug Abuse Screening Test) (Anexo 06);

Este instrumento foi desenvolvido para detectar problemas com o consumo de drogas, exceto o etanol, e para ser utilizado em serviços médicos e não médicos, muitas vezes como instrumento de triagem.

O DAST contém 28 questões, com respostas do tipo sim / não, sendo que cada resposta afirmativa conta 1 ponto. Um ponto de corte de 5 ou mais sugere problemas com o consumo de drogas.

Em alguns estudos, uma pontuação acima de 5 ou 6 representa uma sensibilidade de 96% e uma especificidade de 81% na detecção de pessoas com problemas com o consumo de drogas (Gavin et al., 1989).

e) Escala de Impulsividade de Barratt (BIS-11) (Anexo 07);

Esta escala foi desenvolvida para avaliar a impulsividade, amplamente definida como o “agir sem pensar” (Lejoyeux et al., 1997).

O BIS-11 investiga a impulsividade sob três aspectos: motor, falta de planejamento e atenção. Contém 30 itens auto-administrados, com cada item permitindo 4 respostas diferentes (nunca / raramente, de vez em quando, com frequência, quase sempre / sempre). Os escores possíveis variam de 30 a 120. Não há escores padronizados para essa escala, mas foi verificada em estudos prévios, uma média (desvio-padrão) de 76,3 (11,9) para apenados, 63,8 (10,2) para estudantes, 69,3 (10,3) para pacientes internados por problemas com álcool e drogas, e 71,4 (12,6) para pacientes internados em clínica psiquiátrica geral. Esta escala tem mostrado adequada

confiabilidade e correlação positiva com outras escalas, como a Personality Diagnostic Questionnaire – Revised (PDQ-R) (Barratt, 2000).

f) Sexual Addiction Screening Test (Anexo 08);

O SAST é uma escala para rastreamento de dependência de sexo. Trata-se de instrumento auto-aplicável de 25 questões, desenvolvidas por Carnes (1983). A cada uma das respostas positivas às questões da escala é atribuído 1 ponto. As respostas negativas não recebem pontuações. Segundo Schneider (1991), o melhor ponto de corte para discriminar os casos dos não-casos foi 13, e 96% dos indivíduos que obtiveram 13 ou mais pontos na escala receberam diagnóstico de dependência de sexo.

Segundo estudo realizado no Brasil (Da Silveira et al., 2000), o ponto de corte de 6 configurou melhor validade ao instrumento, representando 83,3% de sensibilidade e 75% de especificidade, enquanto o ponto de corte de 13 representou sensibilidade de 33,3% e especificidade de 98,1%.

Considerando que uma escala de rastreamento de prováveis casos deve propiciar os menores índices possíveis de falso-negativos, optamos por privilegiar o ponto de corte maior ou igual a 6.

g) Static-99 (Anexo 09);

Este instrumento foi desenvolvido para estimar a probabilidade de um adulto do sexo masculino, que tenha já cometido um crime sexual, apresentar reincidência no mesmo crime. A escala contém 10 itens e a maioria deles deve ser preenchida baseando-se nos dados oficiais do prontuário jurídico do sentenciado. Quatro itens – presença de

vítimas do sexo masculino, vítimas não relacionadas, vítimas desconhecidas e estado marital do apenado – podem ser preenchidos a partir das informações do próprio sentenciado, das vítimas e do serviço de assistência social. Apesar de potencialmente útil, uma entrevista com o apenado não é necessária para aplicação do Static-99 (Hanson e Thornton, 2000).

Este instrumento foi criado a partir das conclusões de revisões sistemáticas dos fatores relacionados à reincidência criminal entre agressores sexuais.

Apesar da alta confiabilidade do instrumento, é difícil avaliar a sua validade, visto que muitos crimes não são registrados, nem tampouco solucionados, além de exigir um tempo grande para se avaliar a reincidência criminal real (Harris e Rice, 2003).

Contudo, em dois anos de seguimento de apenados agressores sexuais, considerando a sensibilidade e a especificidade do instrumento, a área da curva ROC (Relative Operating Characteristics) foi de 0,71, o que configurou um bom desempenho global da escala (Austin et al., 2003).

Neste instrumento, escores menores do que 1 significam baixo risco de reincidência, escores entre 2 e 5 indicam risco médio, e escores maiores do que 6 indicam alto risco de reincidência para crimes sexuais.

Não há estudos de validade no Brasil.

h) Critérios Diagnósticos para Síndrome de Dependência de Substâncias (segundo os critérios da Classificação de Transtornos Mentais e de Comportamento da CID-10) (OMS, 1993) e para Transtornos de Preferência Sexual (segundo os critérios do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais - DSM-IV-TR) (APA, 2002) (Anexo 10).

Segundo Derogatis et al. (2000), não há instrumentos confiáveis e adequadamente validados para avaliar casos de parafilias, ou transtornos da preferência sexual. Isso se deve, em grande parte, porque muitos indivíduos portadores de parafilias, exceto em determinados contextos, negam fantasias ou atos sexuais desviantes. Assim sendo, o desenvolvimento de instrumentos de pesquisa para acessar estes transtornos tem sido seriamente prejudicado.

O instrumento SAI (Sexual Adjustment Inventory), embora recomendado para avaliar comportamentos sexuais desviantes e interesses parafilicos, não tem sido adequadamente utilizado em pesquisas envolvendo agressores sexuais (Fagan, 2004). Outro instrumento, o Abel Assessment for Interest in Paraphilias (AAIP), apesar de utilizado em algumas pesquisas, apresenta confiabilidade e validade questionáveis (Fischer e Smith, 1999).

Desta forma, utilizamos os próprios critérios diagnósticos de Transtorno de Preferência Sexual (especialmente, pedofilia), para avaliar os entrevistados.

Somando aos instrumentos citados, os prontuários jurídicos dos pacientes foram revisados, no início do trabalho, objetivando o levantamento dos seguintes dados:

I)Dados sócio-demográficos

- Idade
- Sexo
- Procedência
- Estado Civil
- Profissão
- Escolaridade
- Religião
- Renda Familiar
- Situação Familiar

II)Dados Psiquiátricos

- Histórico prévio de internação psiquiátrica
- História familiar de doença psiquiátrica

III)Dados Legais

- Situação Jurídica
- Reincidência criminal
- Início das atividades delitivas
- História familiar de problemas com a justiça

IV) Morfologia do crime

- Circunstâncias pré-delito
- Motivo aparente do crime
- Vítima
- Instrumento utilizado
- Intensidade
- Modo de ação
- Foco
- Ambiente do crime

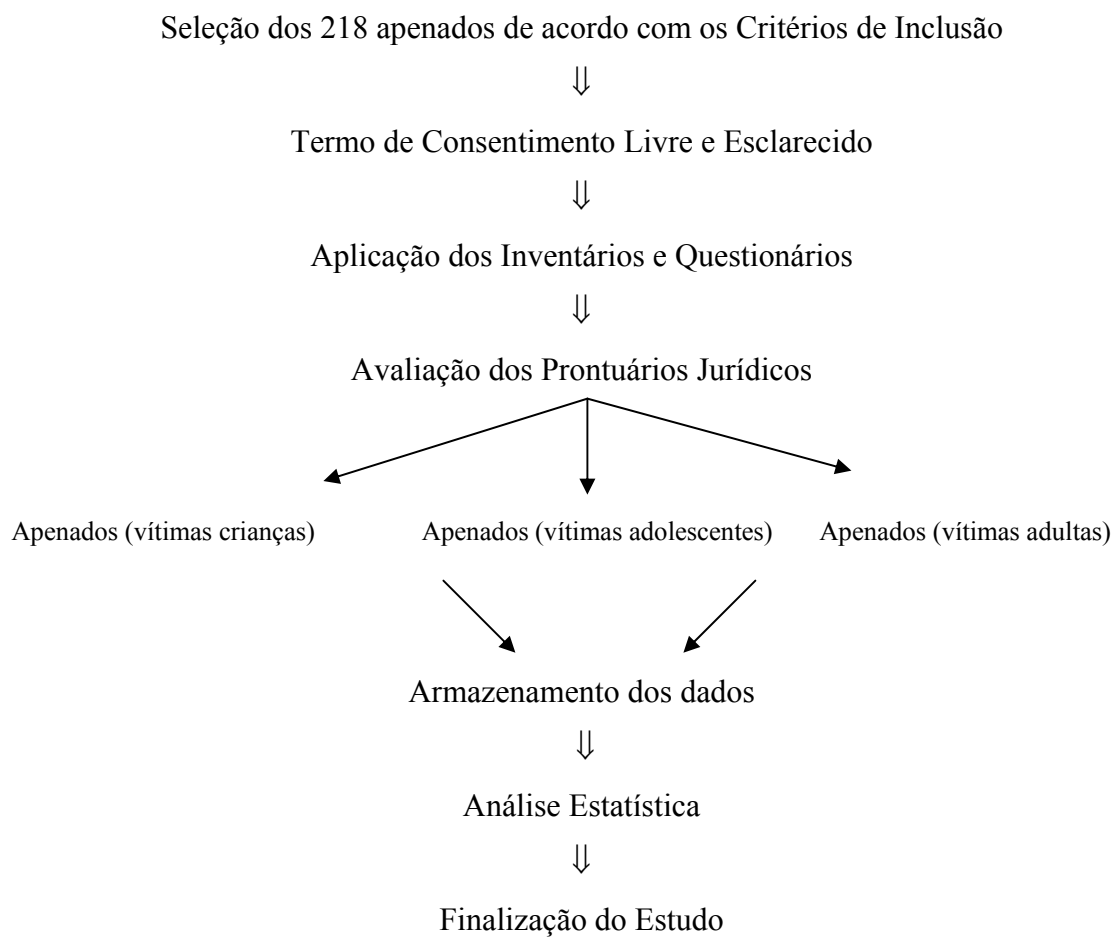
5.4 - Critérios de Inclusão

- a) Sexo masculino;
- b) Idade entre 18 e 70 anos;
- c) Apenados por crime de Estupro (Art. 213 do Código Penal Brasileiro) e / ou Atentado Violento ao Pudor (Artigo 214 do Código Penal Brasileiro);
- d) Consentimento para participação da pesquisa

5.5 - Critérios de Exclusão

- a) Apenados por outros crimes sexuais;
- b) Apenados com quadros psiquiátricos que demandem medida de segurança (Art. 183 da Lei de Execução Penal);
- c) Crime atual de tráfico de entorpecentes (artigo 12 Lei de Tóxicos nº 6.368/76);
- d) Pena atual resultante do concurso de crimes não sexuais

5.6 – Fluxograma do Estudo



5.7 Análise Estatística

Os dados foram processados utilizando-se os programas estatísticos SPSS 13.0 e Stata 7.0. Os grupos foram descritos em suas características sócio-demográficas e psicométricas, mediante a média e o desvio-padrão para variáveis contínuas e percentuais para as variáveis categóricas.

Os resultados das escalas utilizadas foram organizados em tabelas e analisados estatisticamente. Para as variáveis qualitativas ou categóricas, foram utilizados o teste Qui-Quadrado de Pearson, e o teste exato de Fisher, este último aplicado quando uma das “caselas” continha valor menor ou igual a 5. Nas análises com mais de dois grupos, quando necessário, o fator de Correção de Yates foi empregado, afim de detectar as diferenças entre os subgrupos.

Para as variáveis contínuas, o teste de Kruskal-Wallis e a Análise de Variância (ANOVA) foram utilizados, quando havia mais de dois grupos a serem analisados. No caso da ANOVA, em situações onde ocorreram diferenças significativas entre os grupos avaliados, o fator de correção de Bonferroni foi empregado. Os testes t de Student e Mann-Whitney U foram usados, quando havia apenas dois grupos. Múltipla Análise de Variância (MANOVA) foi também realizada, visto que esta pesquisa avaliou muitas variáveis dependentes, que não poderiam ser adequadamente analisadas através de uma análise unifatorial.

Técnicas de regressão múltipla foram utilizadas, objetivando determinar até que ponto as variáveis explicativas significativas conseguiriam prever o resultado da variável dependente. Foi utilizada a Análise de Regressão Logística Binária, quando houve duas

variáveis dependentes. A Análise de Regressão Logística Multinomial foi utilizada, quando havia mais de duas variáveis categóricas dependentes. Nesta análise, um dos grupos é utilizado como referência (Tabachnick e Fidell, 2001).

Uma Análise de Cluster K-Means foi empregada para detectar possíveis agrupamentos entre todos os agressores sexuais da amostra. O objetivo desta análise é formar grupos bastante diferentes entre si, mas organizar cada grupo com o máximo de homogeneidade interna. Segundo Aldenderfer e Blashfield (1984), o número de clusters utilizado deve ser adequadamente justificado nas análises realizadas, e uma das justificativas apontadas pelos autores é a replicação de trabalhos científicos já previamente publicados.

O nível de significância adotado foi de 5%.

A amostra foi organizada em grupos, utilizando-se como critérios a idade da vítima (agressores sexuais de crianças, adolescentes e de adultos), bem como a quantidade de vítimas envolvidas (agressores sexuais de 01 vítima, de 02 vítimas e de 03 ou mais vítimas). Comparações entre agressores de crianças do gênero masculino e feminino, bem como comparações entre agressores de adolescentes do sexo masculino e feminino foram também realizadas.

Quanto ao agrupamento dos agressores sexuais conforme o número de vítimas envolvidas, utilizamos o termo “serial” para se referir aos agressores sexuais que vitimizaram três ou mais pessoas ao longo da vida, até o momento da avaliação. O termo “serial” tem sido recentemente e timidamente referido em publicações científicas, mas tem se propagado abundantemente na literatura policial e na criminologia. Segundo Stevens (2001), os estupradores seriais (“serial rapists”) podem ser definidos como os

agressores sexuais que vitimizam três ou mais pessoas ao longo da vida. Outros autores, como Siegel (2004), não definem agressores sexuais seriais por um número mínimo de vítimas, mas pelo comportamento recorrente de constranger pessoas ao ato sexual, por meio de violência ou grave ameaça.

Desta forma, os grupos foram avaliados quantitativamente, de acordo com os seguintes itens:

- a) Dados sócio-demográficos e fatores relacionados ao crime (idade do agressor, estado marital, grau de instrução, renda mensal, raça, história de reincidência criminal, orientação sexual, história de abuso sexual, idade da vítima, presença de vítimas relacionadas, aceitação do fato típico).

O termo “vítimas relacionadas” refere-se às vítimas cujo relacionamento com o agressor é suficientemente próximo a ponto de impedir um relacionamento sexual socialmente aceitável, tais como filhos, sobrinhos, enteados, netos. Todavia, esposas ou amásias também são consideradas relacionadas. Alguns autores determinam um período de pelo menos 2 anos de relacionamento entre o agressor e a vítima, nos casos de padrasto - enteados, para se definir uma vítima como “relacionada” (Hanson e Thornton, 2000).

- b) História de reincidência criminal.

Crimes realizados no passado do apenado foram registrados, a partir das informações do seu prontuário jurídico. Não somente foram investigados os Crimes Sexuais, bem como outros crimes praticados.

c) Problemas com álcool e / ou drogas.

Um dos objetivos gerais deste trabalho foi avaliar o consumo inadequado de bebidas alcoólicas e outras drogas entre agressores sexuais. Problemas com álcool foram assim definidos, quando o sentenciado respondeu afirmativamente a mais de 2 questões do questionário CAGE. Problemas com drogas foram assim definidos, quando o apenado respondeu afirmativamente a mais de 6 perguntas do questionário DAST. Quando os apenados responderam afirmativamente a mais de 2 perguntas do CAGE **E** a mais de 6 perguntas no DAST, eles foram considerados apresentando problemas com álcool **E** drogas.

d) Pedofilia entre agressores sexuais.

Baseando-se na presença dos 3 critérios diagnósticos do DSM-IV-TR (APA, 2002), os apenados foram categorizados como portando ou não o quadro de Pedofilia.

e) Múltipla Análise de Variância (MANOVA) para variáveis contínuas dependentes.

Em virtude da utilização de muitas variáveis contínuas na análise, uma Múltipla Análise de Variância foi eleita, antes da realização dos testes univariados.

f) Análise de Regressão Logística Binária ou Multinomial.

Dependendo da quantidade de variáveis categóricas dependentes existentes, a Análise de Regressão Logística Binária ou a Multinomial era eleita. As variáveis

independentes foram escolhidas para a Análise de Regressão Logística, somente se elas haviam representado significância estatística nas análises unifatoriais.

g) Tipologia dos agressores sexuais.

A análise de Clusters K-Means foi empregada para detectar possíveis agrupamentos entre todos os agressores sexuais da amostra.

h) Motivos da redução da amostra.

5.8 Aspectos Éticos

Antes do início da entrevista, os sujeitos do estudo foram informados sobre os procedimentos a serem realizados, bem como sobre os objetivos da pesquisa, e seu consentimento foi solicitado por escrito, de acordo com as normas éticas e regulamentares vigentes do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (Anexo 2). Foi informado aos entrevistados que a recusa à participação na pesquisa não acarretaria quaisquer prejuízos no seu processo jurídico. Da mesma forma, foi-lhes informado que a participação na pesquisa, em contrapartida, não lhes traria quaisquer benefícios em termos de progressão do regime de pena. Aos participantes foi oferecida a possibilidade de uma devolutiva do pesquisador no final da entrevista, a partir dos resultados obtidos com os questionários e instrumentos utilizados.

As entrevistas foram realizadas em sala apropriada, dentro da enfermaria da Penitenciária II de Sorocaba, sem a presença de terceiros. Agentes de Segurança Penitenciária (ASP) permaneciam nas proximidades, mas a cerca de 5 a 10 metros das salas, para evitar a violação da confidencialidade.

O acesso aos prontuários jurídicos foi permitido pela Secretaria de Administração Penitenciária do Estado de São Paulo.

O presente estudo foi aprovado pela Comissão de Ética para Análise de Projetos de Pesquisa – CAPPESQ da Diretoria Clínica do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (Anexo 1).

6. RESULTADOS

6.1 Diferenças entre agressores sexuais de crianças, de adolescentes e de adultos.

Foram excluídos 20 apenados, ou seja, 8 sentenciados recusaram-se a participar da pesquisa, 10 cumpriram o tempo necessário da pena durante a execução da pesquisa e não se encontraram presentes na Penitenciária para a avaliação, e 2 foram excluídos da amostra por cegueira absoluta, em virtude da impossibilidade do reeducando em assinar o termo de consentimento informado. Isso correspondeu a 9,2% do total da amostra selecionada.

Denominaremos o grupo de agressores sexuais de crianças como Grupo A, o grupo de agressores sexuais de adolescentes como Grupo B, e o grupo de agressores sexuais de adultos como Grupo C.

6.1.1 Dados sócio-demográficos e fatores relacionados ao crime.

Na comparação destes grupos, verificou-se que a média de idade dos agressores sexuais de adultos (33 anos) foi significativamente menor do que a média de idade dos agressores de crianças (41 anos) e de adolescentes (40 anos). Não houve diferenças significativas entre os três grupos quanto à renda mensal dos sentenciados antes do início do cumprimento da pena, à raça, ao grau de instrução, à orientação sexual dos apenados, à história pessoal de abuso sexual na infância, à duração total da pena atualmente cominada e à aceitação do fato jurídico. No entanto, entre os agressores de crianças, a história de reincidência criminal foi estatisticamente inferior do que entre os

agressores de adultos e de adolescentes. Os agressores de crianças mostraram maior taxa de agressão sexual contra vítimas relacionadas do que os agressores de adultas, embora esta diferença não tenha ocorrido quando comparado com os agressores de adolescentes, conforme demonstra a tabela 1.

Tabela 1. Dados sócio-demográficos e fatores relacionados ao crime de agressores sexuais de crianças, adolescentes e adultos

Variáveis	Grupo A (n = 101)	Grupo B (n = 56)	Grupo C (n = 41)	F / χ^2	p	Post-Hoc Bonferroni / Correção de Yates
Idade do Agressor, média (DP)	41,67 (12,07)	40,12 (12,06)	33,58 (10,04)	7,08	< 0,01** ^a	C < A (p < 0,01**) C < B (p = 0,02*)
Estado Marital, n (%)						
Casado/Amasiado	41 (40,59%)	30 (53,57%)	19 (46,34%)	5,16	0,27 ^c	---
Separado	25 (24,76%)	11 (19,64%)	5 (12,20%)			
Solteiro	35 (34,65%)	15 (26,79%)	17 (41,46%)			
Grau de Instrução, n (%)						
1º grau	68 (67,32%)	34 (60,71%)	21 (51,22%)	9,28	0,16 ^d	---
2º grau	22 (21,78%)	13 (23,21%)	16 (39,02%)			
Colegial	10 (9,9%)	6 (10,72%)	4 (9,76%)			
Superior	1 (1%)	3 (5,36%)	0			
Renda Mensal (em reais), média (DP)	529,97(386,17)	1001,30(2392,78)	732,68(751,34)	5,61	0,06 ^b	---
Raça, n (%)						
Branco	77 (76,24%)	39 (69,65%)	22 (53,67%)	8,34	0,08 ^d	---
Negro	18 (17,82%)	12 (21,45%)	16 (39,03%)			
Mulato	6 (5,94%)	5 (8,90%)	3 (7,30%)			
Reincidentes, n (%)	12 (11,88%)	15 (26,78%)	12 (29,27%)	8,05	0,02* ^c	A < B (p = 0,02*) A < C (p = 0,02*)

continua

Tabela 1. Dados sócio-demográficos e fatores relacionados ao crime de agressores sexuais de crianças, adolescentes e adultos (continuação)

Variáveis	Grupo A (n = 101)	Grupo B (n = 56)	Grupo C (n = 41)	F / χ^2	p	Post-Hoc Bonferroni / Correção de Yates
Orientação Sexual, n (%)						
Heterossexual	89 (88,12%)	53 (94,64%)	39 (95,12%)	4,09	0,39 ^d	---
Homossexual	10 (9,90%)	3 (5,36%)	1 (2,44%)			
Bissexual	2 (1,98%)	0	1 (2,44%)			
História de Abuso Sexual, n (%)						
	11 (10,89%)	2 (3,57%)	2 (4,88%)	3,29	0,19 ^d	---
Pena (meses) média (DP)	149,04 (142,25)	128,81 (65,29)	148,53 (101,74)	0,33	0,85 ^b	---
Idade da Vítima, média (DP)	8,63 (2,28)	14,09 (1,30)	22,97 (5,82)	301,11	< 0,01** ^a	C > A (p < 0,01**) C > B (p < 0,01**) B > A (p < 0,01**)
Vítimas Relacionadas, n (%)	44 (43,56%)	21 (37,50%)	8 (19,51%)	7,26	0,02* ^c	C < A (p < 0,01**)
Aceitação do fato, n (%)	42 (41,58%)	27 (48,21%)	16 (39,02%)	0,97	0,62 ^c	---

* p < 0,05

** p < 0,01

^a ANOVA

^b Kruskal-Wallis test

^c Pearson Chi-Square test

^d Fisher's Exact test

6.1.2 História de reincidência criminal

A seleção da amostra foi baseada em apenados sentenciados apenas por crimes sexuais. No entanto, 39 (17,89%) entrevistados tinham história criminal prévia, já tendo cumprido alguma forma de pena previamente, em outra instituição penal. Os Crimes Sexuais (Crimes contra os Costumes) prévios foram os tipificados pelos artigos 213 e 214 do Código Penal Brasileiro. Outros crimes cometidos incluíram Crimes contra o Patrimônio, tipificados pelos artigos 155 e 157 do Código Penal Brasileiro (CPB); Crimes contra a Pessoa, tipificados pelo artigo 121 do mesmo código legal; Crime de Receitação (art. 180 CPB) e Crimes contra a Fé Pública (Art. 289 CPB).

Entre os agressores sexuais com história de condenações prévias, não houve diferenças estatisticamente significativas entre os crimes tipificados.

Tabela 2. Crimes pretéritos entre os agressores sexuais de crianças, de adolescentes e de adultos, com história de reincidência criminal

Crimes pretéritos	Grupo A (n = 12)	Grupo B (n = 15)	Grupo C (n = 12)	χ^2	p	Correção de Yates
Crimes Sexuais ,n (%)	4 (33,33%)	2 (13,33%)	2 (16,67%)	1,79	0,41	---
Outros , n (%)	8 (66,67%)	13 (86,67%)	10 (83,33%)			

* p < 0,05

Fisher's exact test

6.1.3 Problemas com álcool e / ou drogas entre os agressores sexuais de crianças, adolescentes e adultos.

Verifica-se que o grupo de agressores sexuais de adultos apresentou significativamente mais problemas com o consumo de drogas do que os agressores de crianças e de adolescentes. Esta diferença foi também evidente no quesito “consumo de drogas no momento do fato ilícito”.

Tabela 3. Problemas com o consumo de álcool e drogas entre agressores sexuais de crianças, adolescentes e adultos

Variáveis	Grupo A (n = 101)	Grupo B (n = 56)	Grupo C (n = 41)	χ^2	p	Correção de Yates
Problemas com álcool, n (%)	49 (48,51%)	17 (30,36%)	15 (36,58%)	5,31	0,07	---
Problemas com drogas, n (%)	16 (15,84%)	5 (8,93%)	20 (48,78%)	25,87	< 0,01**	C > A (p < 0,01**) C > B (p < 0,01**)
Problemas com álcool e drogas, n (%)	11 (10,89%)	2 (3,57%)	11 (26,83%)	12,31	< 0,01**	C > A (p = 0,03*) C > B (p < 0,01**)
Consumo de álcool no momento do fato, n (%)	52 (51,48%)	21 (37,50%)	21 (51,22%)	3,12	0,21	---
Consumo de drogas no momento do fato, n (%)	10 (9,90%)	1 (1,78%)	14 (34,15%)	23,86	< 0,01**	C > A (p < 0,01**) C > B (p < 0,01**)

* p < 0,05

** p < 0,01

6.1.4 Pedofilia entre agressores sexuais.

Cerca de 20% dos agressores sexuais de crianças preencheram os critérios diagnósticos, enquanto apenas cerca de 3,5% dos agressores de adolescentes e nenhum agressor sexual de adulto preencheram tais critérios. Entre os agressores sexuais de crianças, o número de sentenciados categorizados como portando Pedofilia foi estatisticamente superior do que entre os agressores de adultos e adolescentes.

Tabela 4. Presença de critérios diagnósticos de Pedofilia entre os agressores sexuais de crianças, adolescentes e adultos

Pedofilia	Grupo A (n = 101)	Grupo B (n = 56)	Grupo C (n = 41)	χ^2	p	Correção de Yates
Presença de Critérios Diagnósticos de Pedofilia,						
n (%)	21 (20,79%)	2 (3,57%)	0	17,20	< 0,01**	A > B (p<0,01**) A > C (p<0,01**)

** p < 0,01

6.1.5 Múltipla Análise de Variância (MANOVA) para variáveis contínuas.

Uma MANOVA 3 X 5 foi empregada, utilizando os grupos de agressores de crianças, de adolescentes e de adultos como variáveis independentes e os escores médios dos questionários SADD, DAST, SAST, BARRATT e Static-99 como variáveis dependentes. O resultado geral desta análise foi significativo utilizando-se o critério de Pillai (Pillai's F (10, 384) = 4,64, p < 0,01**, $\partial n^2 = 0,22$). Os efeitos da análise

univariada revelaram diferenças significativas entre os grupos para a variável SADD, $F(2,195) = 5,07$, $p < 0,01$; e para a variável DAST, $F(2, 195) = 12,28$, $p < 0,01$.

O fator de correção de Bonferroni indicou que, para os escores do DAST, os agressores sexuais de adultos mostraram significativamente maiores médias do que os agressores de crianças e adolescentes. Para os escores do SADD, o fator de correção de Bonferroni indicou que os agressores de crianças apresentaram significativamente maiores escores do que os agressores de adultos e adolescentes.

Tabela 5. Propriedades psicométricas entre agressores sexuais de crianças, adolescentes e adultos

Inventários / Questionários	Grupo A (n = 101)	Grupo B (n = 56)	Grupo C (n = 41)	F	p (ANOVA)	Post-Hoc Bonferroni
SADD, média (DP)	16,24 (14,64)	9,96 (13,47)	9,90 (12,56)	5,07	< 0,01**	A > B (p = 0,02*) A > C (p = 0,04*)
DAST, média (DP)	2,91 (6,38)	2,23 (5,92)	8,83 (9,91)	12,28	< 0,01**	C > A (p < 0,01**) C > B (p < 0,01**)
BARRATT, média (DP)	72,37 (11,95)	69,02 (11,08)	73,45 (8,90)	2,33	0,09	---
SAST, média (DP)	5,39 (5,28)	4,39 (4,46)	3,85 (3,23)	1,86	0,16	---
STATIC-99, média (DP)	2,18 (1,71)	1,80 (1,74)	2,68 (2,10)	2,80	0,06	---

* p < 0,05

** p < 0,01

6.1.6 Análise de Regressão Logística Multinomial.

Uma análise de regressão logística multinomial foi utilizada para os grupos de agressores de crianças, de adolescentes e de adultos, utilizando-se as variáveis contínuas SADD, DAST e idade, e as categóricas Abuso Sexual e Presença de Vítimas Relacionadas como variáveis explicativas ou preditoras. A análise geral deste modelo, incluindo todas as variáveis preditoras, foi significativa, $\chi^2(12) = 58,19$, $p < 0,01$.

Nesta análise, 89,1% dos agressores de crianças, 14,3% dos agressores de adolescentes e 41,5% dos agressores de adultos foram corretamente classificados, com uma classificação geral de 58,1%. O R^2 de Nagelkerke foi 0,29.

Tabela 6. Efeitos da gravidade do consumo de álcool e drogas, história de abuso sexual na infância e de reincidência criminal, e presença de vítimas relacionadas nos grupos de agressores sexuais (Análise de Regressão Logística Multinomial)

	χ^2 Wald	p	OR	IC (95%)
Grupo A (n = 101)				
SADD	10,37	< 0,01**	1,06	1,02-1,10
DAST	11,28	< 0,01**	0,89	0,83-0,95
Idade	1,05	0,31	1,02	0,98-1,06
Abuso Sexual	1,06	0,02*	11,15	1,41-88,37
Vítimas Relacionadas	4,94	0,02*	2,96	1,14-7,72
História de Reincidência Criminal	3,10	0,08	0,37	0,13-1,12
Grupo B (n = 56)				
SADD	1,70	0,19	1,03	0,99-1,07
DAST	9,99	< 0,01**	0,89	0,82-0,96
Idade	0,38	0,54	1,01	0,97-1,06
Abuso Sexual	0,89	0,34	3,13	0,29-33,24
Vítimas Relacionadas	2,15	0,14	2,13	0,77-5,85
História de Reincidência Criminal	0,21	0,64	1,28	0,45-3,64

* p < 0,05

** p < 0,01

6.1.7 Tipologia dos agressores sexuais.

Para demonstrar as diferenças entre as variáveis em cada cluster, uma Análise de Variância é realizada para cada variável.

Tabela 7. Tipologia dos agressores sexuais (Análise de Cluster – K means)

Questionários/ Inventários	Cluster 1 (n = 114)	Cluster 2 (n = 44)	Cluster 3 (n = 40)	F	p (ANOVA)
SADD , média	2,29	24,20	31,95	477,06	< 0,01**
DAST , média	2,89	1,91	9,18	13,98	< 0,01**
BARRATT , média	71,49	63,48	81,13	34,90	< 0,01**
SAST , média	4,30	3,48	7,65	10,62	< 0,01**

** p < 0,01

6.2 Diferenças entre agressores sexuais de crianças do sexo masculino e do sexo feminino.

Na amostra pesquisada, houve vítimas do sexo masculino e do sexo feminino, tanto entre os agressores sexuais de crianças, quanto entre os agressores sexuais de adolescentes. As vítimas adultas foram somente do sexo feminino.

6.2.1 Dados sócio-demográficos e fatores relacionados ao crime.

Entre os agressores sexuais de crianças do sexo masculino e de crianças do sexo feminino, não houve diferenças significativas quanto à idade, grau de instrução, orientação sexual e história pessoal de abuso sexual. No entanto, os agressores de meninos negaram mais freqüentemente o fato criminoso, envolveram menos vítimas relacionadas, receberam penas mais curtas do que os agressores de meninas e eram menos freqüentemente casados. Apenas cerca de 29% dos agressores de crianças do

sexo masculino admitiram o fato, em comparação com cerca de 55% dos agressores de meninas.

Outra diferença encontrada foi em relação à raça entre os agressores de meninos e meninas. Cerca de 89% dos agressores de meninos são brancos, comparado com cerca de 61% dos agressores de meninas.

Tabela 8. Aspectos sócio-demográficos e fatores relacionados ao crime dos agressores de crianças

Variáveis	Agressores de meninos (n = 54)	Agressores de meninas (n = 47)	T / Z / χ^2	P
Idade do agressor, média (DP)	40,21 (11,58)	42,94 (12,46)	1,14	0,26 ^a
Estado Marital, n (%)				
Casado / Amasiado	18 (33,33%)	23 (48,93%)	9,43	< 0,01** ^c
Separado	10 (18,52%)	15 (31,92%)		
Solteiro	26 (48,15%)	9 (19,15%)		
Grau de instrução, n (%)				
1º grau	34 (62,96%)	34 (72,34%)	2,31	0,51 ^d
2º grau	12 (22,23%)	10 (21,28%)		
Colegial	7 (12,96%)	3 (6,38%)		
Superior	1 (1,85%)	0		
Renda mensal (reais), média (DP)	549,30 (315,44)	513,15 (440,91)	-1,27	0,20 ^b
Raça, n (%)				
Branco	48 (88,89%)	29 (61,70%)	10,47	< 0,01** ^d
Negro	5 (9,26%)	13 (27,66%)		
Mulato	1 (1,85%)	5 (10,64%)		
Reincidentes, n (%)	7 (12,96%)	5 (10,64%)	0,72	0,77 ^d
Orientação Sexual, n (%)				
Heterossexual	47 (87,04%)	42 (89,36%)	3,41	0,18 ^d
Homossexual	7 (12,96%)	3 (6,38%)		
Bissexual	0	2 (4,26%)		

continua

Tabela 8. Aspectos sócio-demográficos e fatores relacionados ao crime dos agressores de crianças (continuação)

Variáveis	Agressores de meninos (n = 54)	Agressores de meninas (n = 47)	T / Z / χ^2	P
História de abuso sexual n (%)	6 (11,11%)	5 (10,64%)	0,01	> 0,99 ^d
Pena, (meses) média (DP)	126,35 (147,87)	175,11 (132,28)	- 3,69	< 0,01** ^b
Idade da vítima, média (DP)	8,61 (2,68)	8,65 (1,88)	0,08	0,94 ^a
Vítimas relacionadas, n (%)	12 (22,22%)	32 (68,08%)	21,49	< 0,01** ^c
Aceitação do fato, n (%)	16 (29,63%)	26 (55,32%)	6,82	< 0,01** ^c

* p < 0,05

** p < 0,01

^a T Student test

^b Mann-Whitney test

^c Pearson Chi-Square test

^d Fisher's exact test

6.2.2 História de reincidência criminal

Comparando a história de crimes sexuais e outros crimes cometidos previamente, não houve diferenças significativas entre os agressores sexuais de meninos e meninas.

Tabela 9. Crimes pretéritos entre agressores sexuais de crianças com história de reincidência criminal

Crimes Pretéritos	Agressores de meninos (n = 7)	Agressores de meninas (n = 5)	χ^2	P
Crimes Sexuais, n (%)	2 (28,57%)	2 (40%)	0,71	0,68
Outros, n (%)	5 (71,43%)	3 (60%)		

Fisher's exact test

6.2.3 Problemas com álcool e / ou drogas entre os agressores sexuais de crianças.

Não houve diferenças significativas entre os agressores de meninos e meninas quanto à presença de problemas relacionados ao consumo de álcool e / ou drogas. No entanto, percebe-se que cerca de 51% dos agressores de meninos e 44% dos agressores de meninas têm problemas com o consumo de bebidas alcoólicas, e cerca de 51% dos agressores sexuais de crianças consumiram álcool no momento do fato.

Tabela 10. Problemas com o consumo de álcool e drogas entre agressores sexuais de crianças

Variáveis	Agressores de meninos (n = 54)	Agressores de meninas (n = 47)	χ^2	P
Problemas com álcool, n (%)	28 (51,85%)	21 (44,68%)	0,52	0,47 ^a
Problemas com drogas, n (%)	8 (14,81%)	8 (17,02%)	0,09	0,76 ^a
Problemas com álcool e drogas, n (%)	7 (12,96%)	4 (8,51%)	0,51	0,54 ^b
Consumo de álcool no momento do fato, n (%)	30 (55,55%)	22 (46,81%)	0,77	0,38 ^a
Consumo de drogas no momento do fato, n (%)	5 (9,26%)	5 (10,64%)	0,05	> 0,99 ^b

^a Pearson Chi Square^b Fisher's exact test

6.2.4 Pedofilia entre os agressores sexuais de crianças.

Não houve diferenças significativas entre agressores sexuais de meninos e meninas quanto à categorização diagnóstica de Pedofilia. Cerca de 22% dos agressores sexuais de meninos preencheram critérios de Pedofilia, comparado com 19% dos agressores de meninas.

Tabela 11. Presença de critérios diagnósticos de Pedofilia entre agressores sexuais de crianças

Pedofilia	Agressores de meninos (n = 54)	Agressores de meninas (n = 47)	χ^2	P
Presença de Critérios Diagnósticos de Pedofilia,				
n (%)	12 (22,22%)	9 (19,15%)	0,14	0,70

Pearson Chi Square test

6.2.5 Análise das variáveis contínuas entre os agressores de crianças.

Uma 2 X 5 MANOVA foi desempenhada, utilizando-se as variáveis contínuas SADD, DAST, BARRAT, SAST e Static-99 como variáveis dependentes e os grupos de agressores sexuais de meninos e agressores sexuais de meninas como variáveis independentes. O resultado geral desta análise foi significativo, utilizando o critério de Pillai (Pillai's $F(5, 95) = 11,36$, $p < 0,01$, $\partial n^2 = 0,37$). Na análise unifatorial, houve diferenças significativas para as variáveis contínuas SADD, BARRAT e Static-99 entre os agressores sexuais de meninos e meninas. De acordo com o teste F, os agressores de meninos mostraram maior escore médio no SADD do que os agressores de meninas. O mesmo aconteceu em relação ao BARRAT e Static-99.

Tabela 12. Propriedades psicométricas entre agressores de crianças

Questionários / Inventários	Agressores de meninos (n = 54)	Agressores de meninas (n = 47)	F	p
SADD , média (DP)	19,96 (14,80)	11,96 (13,36)	8,04	< 0,01**
DAST , média (DP)	2,48 (5,74)	3,40 (7,09)	0,52	0,47
BARRATT , média (DP)	75,07 (11,73)	69,27 (11,55)	6,22	0,01*
SAST , média (DP)	5,83 (5,49)	4,89 (5,04)	0,79	0,37
STATIC-99 , média (DP)	3,02 (1,50)	1,21 (1,41)	38,47	< 0,01**

* p < 0,05

** p < 0,01

6.2.6 Gravidade do consumo de álcool e impulsividade entre agressores de crianças relacionadas e não relacionadas.

Em virtude da alta taxa de vítimas relacionadas entre agressores de crianças (cerca de 43%), dividimos os dois grupos de agressores de crianças em quatro subgrupos: agressores de meninos não relacionados (BN), agressores de meninos relacionados (BR), agressores de meninas não relacionadas (GN) e agressores de meninas relacionadas (GR). Uma análise de variância (ANOVA) foi empregada, utilizando o fator de correção de Bonferroni.

Observa-se que a gravidade do consumo de bebidas alcoólicas é estatisticamente superior entre agressores de meninos não relacionados, quando comparado aos agressores de meninas não relacionadas.

Observa-se um nível significativamente maior de impulsividade entre os agressores de meninos não relacionados, quando comparado aos agressores de meninas relacionadas.

Tabela 13. Gravidade do consumo de álcool (SADD) e Impulsividade (BARRATT) entre agressores sexuais de crianças relacionadas e não relacionadas

Questionários / Inventários	Agressores de meninos não relacionados BN, (n = 42)	Agressores de meninos relacionados BR, (n = 12)	Agressores de meninas não relacionadas GN, (n = 15)	Agressores de meninas relacionadas GR, (n = 32)	P (ANOVA)
SADD , média (DP)	21,67 (14,15)	14 (16,11)	8,73 (14,76)	13,47 (12,62)	BN > GN (p = 0,02*)
BARRATT , média (DP)	75,26 (11,74)	74,42 (12,18)	72,53 (15,05)	67,75 (9,39)	BN > GR (p = 0,04*)
STATIC-99 , média (DP)	75,26 (11,74)	74,42 (12,18)	72,53 (15,05)	67,75 (9,39)	BN > GR (p < 0,01**) BR > GR (p < 0,01**) GN > GR (p = 0,04*)

* p < 0,05

6.2.7 Análise de Regressão Logística – agressores sexuais de crianças.

Uma análise de regressão logística binária foi desempenhada, tendo como variáveis predictoras as variáveis contínuas SADD e BARRATT e a variável categórica ‘Vítimas Relacionadas’. Nesta análise, 81,5% dos agressores sexuais de meninos e 70,2% dos agressores sexuais de meninas foram corretamente classificados, com uma classificação global de 76,2%. O R² de Nagelkerke foi de 0,35.

Nesta análise, a variável “Vítimas Relacionadas” foi fortemente preditora, ou seja, constituiu em um importante fator de proteção para agressão sexual de meninos, enquanto os escores do SADD também foram significativamente preditores, sugerindo

um fator de risco para a agressão sexual de meninos. No entanto, o pequeno Odds Ratio do SADD, muito próximo de 1, dificulta o posicionamento como fator de risco.

Tabela 14. Efeitos da gravidade do consumo de álcool (SADD), Impulsividade (BARRATT) e presença de vítimas relacionadas nos agressores sexuais de crianças do sexo masculino (Regressão Logística)

	χ^2 Wald	p	OR	IC (95%)
Agressores de Meninos (n = 54)				
SADD	5,04	0,02*	1,04	1,00–1,07
BARRATT	2,77	0,09	1,03	0,99–1,07
Vítimas Relacionadas	15,20	< 0,01**	0,16	0,06–0,39

* p < 0,05

** p < 0,01

6.3 Diferenças entre os agressores sexuais de adolescentes do sexo masculino e do sexo feminino.

Seguindo o mesmo modelo de comparação entre agressores sexuais de crianças do sexo masculino e do sexo feminino, analisamos diferenças entre agressores sexuais de adolescentes masculinos e de adolescentes femininos.

6.3.1 Dados sócio-demográficos e fatores relacionados ao crime.

Não houve diferenças estatisticamente significativas entre os agressores sexuais de adolescentes masculinos e de adolescentes femininos quanto às variáveis sócio-demográficas testadas. No entanto, cerca de 48% dos agressores sexuais de adolescentes

femininos utilizaram-se de vítimas relacionadas, ao passo que nenhum agressor sexual de adolescentes masculinos molestou qualquer vítima relacionada. Nenhum agressor sexual de adolescente do sexo feminino declarou-se homossexual.

Tabela 15. Aspectos sócio-demográficos e fatores relacionados ao crime dos agressores sexuais de adolescentes

Variáveis	Agressores de adolescentes masculinos (n = 13)	Agressores de adolescentes femininas (n = 43)	T / Z / χ^2	P
Idade do agressor, média (DP)	36,69 (13,46)	41,16 (11,58)	- 1,17	0,24 ^a
Estado Marital, n (%)				
Casado	4 (30,77%)	26 (60,47%)		
Separado	2 (15,38%)	9 (20,93%)		
Solteiro	7 (53,85%)	8 (18,60%)	6,43	0,04* ^d
Grau de instrução, n (%)				
1º grau	6 (46,15%)	28 (65,11%)		
2º grau	4 (30,77%)	9 (20,93%)		
Colegial	2 (15,39%)	4 (9,30%)	1,52	0,67 ^d
Superior	1 (7,69%)	2 (4,66%)		
Renda mensal (reais), média (DP)	774,62 (701,11)	1069,84 (2708,58)	- 0,27	0,78 ^b
Raça, n (%)				
Branco	11 (84,62%)	28 (65,12%)		
Negro	2 (15,38%)	10 (23,25%)	2,34	0,31 ^d
Mulato	0	5 (11,63%)		
Reincidentes, n (%)	4 (30,77%)	11 (25,58%)	0,14	0,73 ^d
Orientação Sexual, n (%)				
Heterossexual	10 (76,92%)	43 (100%)		
Homossexual	3 (23,08%)	0	10,48	0,01* ^d
Bissexual	0	0		

continua

Tabela 15. Aspectos sócio-demográficos e fatores relacionados ao crime dos agressores sexuais de adolescentes (continuação)

Variáveis	Agressores de adolescentes masculinos (n = 13)	Agressores de adolescentes femininas (n = 43)	T / Z / χ^2	P
História de abuso sexual, n (%)	0	2 (4,65%)	0,63	> 0,99 ^d
Pena, (meses) média (DP)	119,31 (66,86)	131,69 (65,34)	- 0,77	0,44 ^b
Idade da vítima, média (DP)	14,54 (1,45)	13,95 (1,23)	1,44	0,16 ^a
Vítimas relacionadas, n (%)	0	21 (48,84%)	10,16	< 0,01** ^d
Aceitação do fato, n (%)	6 (46,15%)	21 (48,84%)	0,03	0,86 ^c

* p < 0,05

** p < 0,01

^a T Student test^b Mann-Whitney test^c Pearson Chi-Square test^d Fisher's exact test

6.3.2 História de reincidência criminal.

Não houve diferença significativa entre os agressores sexuais de adolescentes do sexo masculino e de adolescentes do sexo feminino no que tange aos tipos de crimes cometidos no passado.

Tabela 16. Crimes pretéritos entre agressores sexuais de adolescentes com história de reincidência criminal

Crimes Pretéritos	Agressores de adolescentes masculinos (n = 4)	Agressores de adolescentes femininas (n = 11)	χ^2	P
Crimes Sexuais , n (%)	1 (25%)	1 (9,09%)	0,64	0,42
Outros , n (%)	3 (75%)	10 (90,91%)		

Fisher's exact test

6.3.3 Problemas com álcool e / ou drogas entre os agressores sexuais de adolescentes.

Não houve diferenças entre os dois grupos de agressores sexuais de adolescentes quanto aos problemas com álcool e / ou drogas. Cerca de 30% dos agressores sexuais de adolescentes mostraram problemas com o consumo de bebidas alcoólicas e 8% deles demonstraram problemas com o consumo de drogas.

Tabela 17. Problemas com o consumo de álcool e drogas entre agressores sexuais de adolescentes

Variáveis	Agressores de adolescentes masculinos (n = 13)	Agressores de adolescentes femininas (n = 43)	χ^2	P
Problemas com álcool, n (%)	4 (30,77%)	13 (30,23%)	< 0,01	> 0,99
Problemas com drogas, n (%)	2 (15,38%)	3 (6,98%)	0,87	0,58
Problemas com álcool e drogas, n (%)	1 (7,66%)	1 (2,33%)	0,83	0,41
Consumo de álcool no momento do fato, n (%)	5 (38,46%)	16 (37,21%)	< 0,01	> 0,99
Consumo de drogas no momento do fato, n (%)	0	1 (2,33%)	0,31	> 0,99

Fisher's exact test

6.3.4 Pedofilia entre os agressores sexuais de adolescentes.

Apesar da baixa prevalência da presença de critérios diagnósticos para Pedofilia nesta amostra de agressores sexuais de adolescentes, analisamos a distribuição absoluta e relativa nos grupos de agressores de adolescentes do sexo masculino e do sexo feminino, sem qualquer significância estatística.

Tabela 18. Presença de critérios diagnósticos de Pedofilia entre agressores sexuais de adolescentes

Pedofilia	Agressores de adolescentes masculinos (n = 13)	Agressores de adolescentes femininas (n = 43)	χ^2	P
Presença de Critérios Diagnósticos de Pedofilia,				
n (%)	1 (7,69%)	1 (2,33%)	0,83	0,36

Fisher's exact test

6.3.5 Análise das variáveis contínuas entre agressores de adolescentes.

Uma 2 X 5 MANOVA foi desempenhada, considerando as variáveis contínuas SADD, DAST, SAST, BARRATT e Static-99 como variáveis dependentes e os grupos de agressores de adolescentes do sexo masculino e de adolescentes do sexo feminino como variáveis independentes. O resultado geral desta análise não foi significativo, de acordo com o critério de Pillai (Pillai's $F(5, 50) = 1,41$, $p = 0,24$, $\partial n^2 = 0,12$). Na análise univariada, não foram detectadas diferenças estatisticamente significativas entre os grupos para quaisquer variáveis contínuas testadas.

Tabela 19. Propriedades psicométricas entre agressores sexuais de adolescentes

Questionários / Inventários	Agressores de adolescentes masculinos (n = 13)	Agressores de adolescentes femininas (n = 43)	F	p
SADD , média (DP)	15,92 (15,98)	8,16 (12,26)	3,46	0,07
DAST , média (DP)	3,46 (7,21)	1,86 (5,52)	0,73	0,39
BARRATT , média (DP)	68,38 (11,45)	68,91 (11,10)	0,02	0,89
SAST , média (DP)	6,23 (5,85)	3,84 (3,86)	2,98	0,09
STATIC-99 , média (DP)	2,61 (0,77)	1,56 (1,88)	3,87	0,054

** p < 0,01

6.4 Diferenças entre agressores sexuais seriais e não seriais.

Em nosso estudo, definimos agressores sexuais seriais como aqueles que vitimizaram três ou mais pessoas ao longo da vida, até o momento da avaliação. Por se tratar de definição questionável, dividimos a amostra em três grupos: agressores sexuais de 1 vítima, agressores sexuais de 2 vítimas e agressores sexuais de três ou mais vítimas.

6.4.1 Dados sócio-demográficos e fatores relacionados ao crime.

Não houve diferenças estatisticamente significativas entre os agressores sexuais de 1 vítima, os agressores de 2 vítimas e os agressores sexuais de 3 ou mais vítimas, no que tange à idade, renda mensal antes do início do cumprimento da pena, raça,

orientação sexual, presença de vítimas relacionadas, idade da vítima e aceitação do fato ilícito.

No entanto, os agressores sexuais de 3 ou mais vítimas tiveram mais freqüente história de reincidência criminal do que os outros dois grupos, apresentaram melhor grau de instrução do que os agressores sexuais de 1 vítima, reportaram mais história pessoal de abuso sexual na infância do que os agressores sexuais de 1 vítima e receberam penas mais longas do que os outros dois grupos.

Tabela 20. Aspectos sócio-demográficos e fatores relacionados ao crime entre agressores sexuais seriais e não seriais

Variáveis	Agressores de 1 vítima (A) (n = 149)	Agressores de 2 vítimas (B) (n = 25)	Agressores de 3 vítimas ou mais (C) (n = 24)	F / χ^2	p	Post-Hoc Bonferroni / Correção de Yates
Idade do Agressor, médica (DP)	38,43 (11,92)	43,12 (11,12)	42,87 (12,83)	2,71	0,07 ^a	---
Estado Marital, n (%)						
Casado / Amas.	72 (48,32%)	10 (40%)	8 (33,33%)	3,12	0,54 ^c	---
Separado	29 (19,46%)	7 (28%)	5 (20,83%)			
Solteiro	48 (32,22%)	8 (32%)	11 (45,84%)			
Grau de Instrução, n (%)						
1º grau	95 (63,76%)	15 (60%)	13 (54,17%)	15,81	0,02* ^d	C ≠ A (p < 0,01*) ^e
2º grau	39 (26,17%)	7 (28%)	5 (20,83%)			
Colegial	14 (9,40%)	3 (12%)	3 (12,50%)			
Superior	1 (0,67%)	0	3 (12,50%)			
Renda Mensal (em reais), médica (DP)	624,56 (581,67)	602,40 (461,26)	1313,33 (3582,23)	0,11	0,95 ^b	---

continua

Tabela 20. Aspectos sócio-demográficos e fatores relacionados ao crime entre agressores sexuais seriais e não seriais (continuação)

Variáveis	Agressores de 1 vítima (A) (n = 149)	Agressores de 2 vítimas (B) (n = 25)	Agressores de 3 ou mais vítimas (C) (n = 24)	F / χ^2	p	Post-Hoc Bonferroni / Correção de Yates
Raça, n (%)						
Branco	105 (70,47%)	19 (76%)	14 (58,33%)			
Negro	34 (22,82%)	3 (12%)	9 (37,5%)	5,24	0,26 ^d	---
Mulato	10 (6,71%)	3 (12%)	1 (4,17%)			
Reincidentes, n (%)	26 (17,45%)	3 (12%)	10 (41,67%)	8,74	0,01* ^d	C > A (p = 0,01*) C > B (p = 0,04*)
Orientação Sexual, n (%)						
Heterossexual	138 (92,62%)	21 (84%)	22 (91,67%)			
Homossexual	9 (6,04%)	3 (12%)	2 (8,33%)	2,72	0,60 ^d	---
Bissexual	2 (1,34%)	1 (4%)	0			
História de Abuso Sexual, n (%)	5 (3,36%)	3 (12%)	7 (29,17%)	20,47	< 0,01** ^d	C > A (p < 0,01**)
Pena (meses) média (DP)	118,06 (59,99)	144,10 (66,18)	298,47 (244,74)	32,54	< 0,01** ^a	C > A (p < 0,01**) C > B (p < 0,01**)
Idade da Vítima, média (DP)	13,47 (6,37)	10,76 (4,81)	13,58 (7,53)	2,01	0,14 ^a	---
Vítimas Relacionadas, n (%)	57 (38,25%)	10 (40%)	6 (25%)	1,68	0,43 ^c	---
Vítima, n (%)						
Criança	71 (47,65%)	16 (64%)	14 (58,33%)			
Adolescente	44 (29,53%)	7 (28%)	5 (20,83%)	4,23	0,37 ^d	---
Adulta	34 (22,82%)	2 (8%)	5 (20,84%)			
Aceitação do fato, n (%)	62 (41,61%)	12 (48%)	11 (45,83%)	0,45	0,79 ^c	---

* $p < 0,05$

** $p < 0,01$

^a ANOVA

^b Kruskal-Wallis test

^c Pearson Chi-Square test

^d Fisher's exact test

^e Não realizada Correção de Yates. Para evitar erro tipo1, considerou-se apenas valor de $p < 0,01$.

6.4.2 História de reincidência criminal.

Entre os agressores sexuais que tinham história de crimes pretéritos já julgados e pena cumprida, os seriais apresentaram mais freqüente e significativa história de crimes sexuais prévios do que os outros dois grupos.

Tabela 21. Crimes pretéritos entre os agressores sexuais seriais e não seriais com história de reincidência criminal

Crimes Pretéritos	Agressores de 1 vítima (A), (n = 26)	Agressores de 2 vítimas (B), (n = 3)	Agressores de 3 ou mais vítimas (C), (n = 10)	χ^2	p	Correção de Yates
Crimes Sexuais , n (%)	0	1 (33,33%)	7 (70%)	22,03	< 0,01**	C > A ($p < 0,01$ **) (para crimes sexuais)
Outros , n (%)	26 (100%)	2 (66,67%)	3 (30%)			

** $p < 0,01$

Fisher's exact test

6.4.3 Problemas com álcool e / ou drogas entre agressores sexuais seriais e não seriais.

Entre os três grupos avaliados, não houve diferenças significativas nos itens problemas com álcool e / ou drogas. Vale a pena observar que cerca de 37% dos agressores sexuais de três vítimas ou mais registraram problemas com o consumo de

bebidas alcoólicas e cerca de 12% dos agressores deste mesmo grupo registraram problemas com o consumo de drogas.

Tabela 22. Problemas com o consumo de álcool e drogas entre agressores sexuais seriais e não seriais

Variáveis	Agressores de 1 vítima (A), (n = 149)	Agressores de 2 vítimas (B), (n = 25)	Agressores de 3 ou mais vítimas (C), (n = 24)	χ^2	p	Correção de Yates
Problemas com álcool, n (%)	60 (40,27%)	12 (48%)	9 (37,50%)	0,66	0,72 ^a	---
Problemas com drogas, n (%)	35 (23,49%)	3 (12%)	3 (12,5%)	2,84	0,24 ^b	---
Problemas com álcool e drogas, n (%)	20 (13,42%)	2 (8%)	2 (8,33%)	0,96	0,62 ^b	---
Consumo de álcool no momento do fato, n (%)	71 (47,65%)	11 (44%)	12 (50%)	0,18	0,91 ^a	---
Consumo de drogas no momento do fato, n (%)	23 (15,44%)	1 (4%)	1 (4,17%)	4,31	0,12 ^b	---

^a Pearson Chi Square test

^b Fisher's exact test

6.4.4 Pedofilia entre os agressores sexuais seriais e não seriais.

Os agressores sexuais de 3 vítimas ou mais preencheram mais freqüentemente e significativamente os critérios diagnósticos para Pedofilia. Cerca de 33% dos apenados deste grupo, comparado a cerca de 6,7% dos agressores sexuais de apenas 1 vítima, foram categorizados como Pedófilos.

Tabela 23. Presença de critérios diagnósticos de Pedofilia entre agressores sexuais seriais e não seriais

Pedofilia	Agressores de 1 vítima (A), (n = 149)	Agressores de 2 vítimas (B), (n = 25)	Agressores de 3 ou mais vítimas (C), (n = 24)	χ^2	p	Correção de Yates
Presença de Critérios Diagnósticos de Pedofilia,						
n (%)	10 (6,71%)	5 (20%)	8 (33,33%)	16,23	< 0,01**	C > A (p<0,01**)

** p < 0,01

6.4.5 Múltipla Análise de Variância (MANOVA) para variáveis contínuas.

Uma MANOVA 3 X 5 foi empregada, utilizando os grupos de agressores sexuais de 1 vítima, agressores sexuais de 2 vítimas e agressores sexuais de 3 ou mais vítimas, como variáveis independentes e os escores médios dos questionários SADD, DAST, SAST, BARRATT e Static-99 como variáveis dependentes. O resultado geral desta análise foi significativo utilizando-se o critério de Pillai (Pillai's F (10, 384) = 5,28, p < 0,01, $\partial n^2 = 0,24$). Os efeitos da análise univariada revelaram diferenças significativas entre os grupos para a variável SAST, F (2,195) = 6,87, p < 0,01; para a variável BARRAT, F (2, 195) = 8,49, p < 0,01; e para a variável Static-99, F (2, 195) = 14,09, p < 0,01.

Tabela 24. Propriedades psicométricas entre agressores sexuais seriais e não seriais

Inventários / Questionários	Agressores de 1 vítima (A) (n = 149)	Agressores de 2 vítimas (B) (n = 25)	Agressores de 3 ou mais vítimas (C) (n = 24)	F	p	Post-Hoc Bonferroni
SADD, média (DP)	12,99 (13,93)	14,16 (13,95)	13,08 (16,55)	0,72	0,93	---
DAST, média (DP)	4,34 (7,78)	3,08 (6,63)	2,42 (6,77)	0,86	0,43	---
BARRATT, média (DP)	70,05 (10,52)	73,60 (14,12)	79,58 (8,44)	8,49	< 0,01**	C > A (p < 0,01**)
SAST, média (DP)	4,13 (4,26)	6,16 (5,08)	7,50 (5,85)	6,87	< 0,01**	C > A (p < 0,01**)
STATIC-99, média (DP)	1,93 (1,53)	1,96 (1,67)	3,92 (2,64)	14,09	< 0,01**	C > A (p < 0,01**) C > B (p < 0,01**)

** p < 0,01

6.4.6 Análise de Regressão Logística – agressores sexuais seriais.

Como não houve diferenças significativas entre os grupos de agressores sexuais de 1 vítima e de agressores sexuais de 2 vítimas, em quaisquer variáveis contínuas e categóricas, preferimos agrupar estes dois grupos em um único. Assim, os agressores sexuais de 3 vítimas ou mais foram definidos como agressores seriais, e os agressores de 1 ou 2 vítimas foram definidos como não seriais.

Desta forma, uma análise de regressão logística binária foi desempenhada, tendo como variáveis preditoras as variáveis contínuas SAST e BARRATT e as variáveis categóricas ‘Abuso Sexual’, ‘História de Reincidência Criminal’ e ‘Presença de Critérios

Diagnósticos para Pedofilia'. Nesta análise, 20,8% dos agressores sexuais seriais e 98,3% dos agressores sexuais não seriais foram corretamente classificados, com uma classificação global de 88,9%. O R^2 de Nagelkerke foi de 0,31.

Nesta análise, as variáveis categóricas “Abuso Sexual”, “Reincidência Criminal” e “Presença de Critérios Diagnósticos para Pedofilia” foram fortemente preditoras, ou seja, constituíram importantes fatores de risco para agressão sexual serial. Os escores do BARRATT também foram significativamente preditores, sugerindo, também, um fator de risco para a agressão sexual serial. No entanto, o pequeno Odds Ratio do BARRATT, muito próximo de 1, dificulta o posicionamento como fator de risco.

Tabela 25. Efeitos da Impulsividade, história pessoal de abuso sexual, história de reincidência criminal e critérios diagnósticos para Pedofilia entre agressores sexuais seriais

	χ^2 Wald	p	OR	IC (95%)
Agressores sexuais seriais (n = 24)				
BARRATT	4,53	0,03*	1,05	1,00-1,10
SAST	0,01	0,94	0,99	0,89-1,11
Abuso Sexual	7,24	< 0,01**	6,80	1,68-27,47
Reincidência Criminal	6,70	0,01*	4,13	1,41-12,47
Pedofilia	7,61	< 0,01**	6,99	1,76-27,84

* p < 0,05

** p < 0,01

6.5 Redução da amostra inicial.

Dos 218 apenados inicialmente selecionados para a amostra, 20 não puderam participar, por 3 motivos diferentes, a saber: progressão do regime de pena, recusa do sentenciado a integrar a amostra e impossibilidade de alguns em assinar o termo de consentimento. Entre os agressores sexuais de crianças, de adolescentes e de adultas, não houve diferenças significativas quanto ao motivo da impossibilidade de participar da pesquisa.

Tabela 26. Motivos da redução da amostra

Motivos	Agressores de crianças (n = 8)	Agressores de adolescentes (n = 7)	Agressores de adultas (n = 5)	χ^2	P
Recusa para integrar a amostra, n (%)	4 (50%)	2 (28,57%)	2 (40%)	1,53	0,82 ^a
Liberdade, n (%)	3 (37,5%)	4 (57,14%)	3 (60%)		
Impossibilidade em assinar termo de consentimento, n (%)	1 (12,5%)	1 (14,29%)	0		

^a Fisher's exact test

7. DISCUSSÃO

Estudos sobre o consumo de álcool e outras drogas entre sentenciados por crimes sexuais são bastante recentes. Mesmo assim, a prevalência de crimes sexuais, envolvendo ou não o consumo de bebidas alcoólicas e outras drogas, não pode ser determinada de forma acurada, porque, em geral, estes crimes são pouco registrados. As estimativas sobre a prevalência da agressão sexual têm sido baseadas em várias fontes, incluindo registros policiais, amostras randômicas nacionais de vítimas de crimes sexuais, entrevistas com sentenciados por Crimes Contra os Costumes, relatórios de vítimas que procuram tratamento hospitalar por agressão sexual e entrevistas com estudantes universitários. Muitos pesquisadores acreditam que as estimativas mais confiáveis derivam de estudos que utilizam vários instrumentos e questionários, avaliando comportamentos relacionados à agressividade sexual, e utilizando-se de uma linguagem não jurídica (Abbey et al., 2001).

Na nossa pesquisa, utilizamos instrumentos e questionários relacionados ao consumo de álcool e outras drogas, bem como impulsividade e risco de reincidência criminal, além da revisão dos prontuários jurídicos. Verificamos que os molestadores de crianças demonstraram maior gravidade de consumo de bebidas alcoólicas, maior frequência de história de abuso sexual na própria infância e menos problemas com o uso de drogas ilícitas do que os agressores de vítimas adultas. Analisando o grupo de agressores sexuais de crianças, os molestadores de meninos mostraram maior gravidade de consumo de álcool e agrediram mais frequentemente vítimas não relacionadas a eles

do que os agressores sexuais de meninas. Os agressores sexuais de três ou mais vítimas, os quais denominamos de agressores seriais, apresentaram maior frequência de história de abuso sexual na infância, mais comumente critérios diagnósticos para Pedofilia, maior nível de impulsividade e mais frequentemente história de crimes sexuais previamente julgados.

Metade da nossa amostra foi constituída por molestadores de crianças. Quinsey et al. (2003) referem que a maioria dos criminosos sexuais presos é constituída por agressores de adultos, e uma minoria é formada por molestadores de crianças. Entretanto, segundo relatório publicado em Ohio (Summary of Sex Offender Characteristics, 1992), a maioria dos agressores sexuais presos é constituída por molestadores de crianças, seguido por agressores de adolescentes e de adultos.

Várias outras pesquisas têm sido realizadas, objetivando identificar as características típicas dos agressores sexuais. Entretanto, em função da grande heterogeneidade dos agressores, e dos diferentes métodos empregados para a realização destes estudos, os resultados são por vezes controversos e conflitantes (McCabe e Wauchope, 2005; Polaschek, 2003).

Embora o consumo de bebidas alcoólicas e a ofensa sexual frequentemente ocorram, este fenômeno não prova que o uso de álcool causa crimes sexuais. Assim, em alguns casos, o desejo de cometer um ato sexual agressivo e não consentido pode realmente induzir o consumo de bebidas alcoólicas. Além disso, certos fatores podem provocar, ao mesmo tempo, tanto o consumo de álcool e de outras drogas, quanto o comportamento sexualmente agressivo, como certas “fraternidades” que encorajam tanto

o consumo pesado de bebidas alcoólicas quanto a exploração sexual de mulheres (Abbey et al., 1996).

Os resultados deste estudo apóiam os achados de pesquisas já realizadas, que indicam que os agressores sexuais de adultos apresentam significativamente mais problemas com o consumo de drogas, quando comparado aos molestadores de crianças, e que os agressores de adultos são mais jovens do que os agressores de crianças. Os dados sugerem que o consumo inadequado de drogas, principalmente maconha e cocaína, pode ser um dos fatores que diferencia os criminosos sexuais que ofendem crianças daqueles que agridem adultos (Peugh e Belenko, 2001).

Looman et al. (2004), entretanto, não encontraram diferenças entre molestadores de crianças e agressores sexuais de adultos, em relação aos problemas com o consumo de álcool e de outras drogas.

As diferenças das idades entre os agressores de crianças e de adultos têm sido demonstradas em vários estudos, cuja razão ainda permanece desconhecida. Talvez, uma diferença cultural entre os tipos de agressores possa existir (Hanson et al., 2003). Para Siegel (2004), os molestadores de crianças expressam mais comumente o desejo de “poder” sobre as vítimas, enquanto os agressores sexuais de adultos manifestam maior nível de agressividade e hostilidade, objetivando a humilhação e degradação das vítimas. Firestone et al. (2005) reportam, também, que, entre os agressores não seriais de adultos, os níveis de hostilidade são maiores do que entre os molestadores de crianças.

Já os agressores sexuais de adolescentes talvez não constituam um tipo distinto de ofensor, podendo a escolha da vítima púbere ser uma alternativa na falta da vítima desejada, ou mesmo ser uma decisão baseada em circunstâncias inesperadas (Guay et al.,

2001). Segundo Rice e Harris (2002), um dos fatores atribuídos à agressão sexual de crianças e de adolescentes, principalmente os conhecidos pelo agressor, é a falta de outros parceiros sexuais disponíveis. Os achados do presente estudo verificaram que os agressores sexuais de adolescentes comportaram-se de forma semelhante aos agressores de crianças, no que diz respeito ao consumo de drogas e à escolha de vítimas relacionadas ou familiares, mas comportaram-se semelhantemente aos agressores de adultas, no que diz respeito à gravidade do consumo de bebidas alcoólicas e à história de crimes previamente cometidos e julgados.

Segundo Bitencourt (2004), entre os apenados cumprindo pena, a esmagadora maioria é composta por pessoas de baixo nível sócio-econômico e cultural, e isso é uma característica histórica do próprio conceito de cárcere. Tem-se debatido que o crescimento dos estabelecimentos penais está diretamente relacionado com o aumento dos índices de pobreza (Wacquant, 2001). Apesar disso, entre os agressores sexuais, principalmente entre os molestadores de crianças, tem-se relatado baixo nível de escolaridade e sócio-econômico, mais evidente do que entre os estupradores de adultas (Lung e Huang, 2004). O atual estudo não mostra diferenças significativas entre os agressores de crianças, adolescentes e adultos, quanto ao grau de instrução, renda mensal e raça.

Muitos autores discutem o relacionamento direto entre história de abuso sexual na infância e posterior comportamento sexualmente agressivo na vida adulta (Lee et al., 2002). Weeks e Widom (1998) registraram que, entre homens adultos presos por crimes contra a pessoa, contra os costumes e contra a propriedade, os criminosos sexuais apresentaram mais freqüentemente história pessoal de abuso sexual do que os outros

sentenciados por crimes violentos e não violentos. Haapasalo e Kankkonen (1997) revelam que os apenados por crimes sexuais apresentam mais história de abuso sexual e físico na infância do que os sentenciados por outros crimes violentos. Tem, também, sido descrito na literatura que, entre os apenados por crimes sexuais, os molestadores de crianças têm mais freqüente história de abuso sexual na própria infância do que os estupradores de adultas (Craissati e Beech, 2004). Craissati et al. (2002) e Ward et al. (2002) registram que, entre os molestadores de crianças, existe pobre vinculação afetiva com as progenitoras e grande experiência de negligência afetiva na própria infância. No presente trabalho, a análise de regressão logística revelou que os molestadores de crianças têm risco 11 vezes maior de terem sido agredidos sexualmente na infância do que os agressores de adultas, dado estatisticamente significativo. Várias conseqüências psiquiátricas do abuso sexual na infância têm sido descritas, como maior risco de síndromes depressivas, transtorno de conduta, transtornos de personalidade, abuso de substâncias, comportamento suicida, transtornos da preferência sexual, comportamentos sexuais agressivos (Fergusson et al., 1996; Pope, 2001; Widom et al., 1999). Existem alguns indícios de que a história pessoal de abuso sexual na infância colabore para a gravidade do comportamento sexualmente violento na vida adulta e para a reincidência em crimes sexuais (Craissati e Beech, 2004). Isso foi verificado no nosso trabalho, em que os agressores sexuais seriais apresentaram um risco 6 vezes maior de terem sido vitimizados sexualmente na infância.

Segundo estudo realizado por Craissati e Beech (2004), os agressores sexuais de adultos ofenderam exclusivamente mulheres, na maioria desconhecidas (não relacionadas) e utilizando-se, mais freqüentemente, de força física ou ameaça verbal. O

nosso estudo confirma estes achados, verificando que entre os molestadores de crianças, as vítimas são mais frequentemente relacionadas com o criminoso, do que entre os agressores de adultos.

Existem várias tipologias desenvolvidas para classificação dos agressores sexuais, tanto no meio médico (Vandiver e Kercher, 2004; Beauregard e Proulx, 2002), quanto no meio jurídico (Stevens, 2001), com graus variados de sofisticação estatística. Embora algumas tipologias tenham sido desenvolvidas e confirmadas por diferentes pesquisadores, elas têm pouca aplicabilidade clínica, em virtude da complexidade classificatória. Peugh e Belenko (2001) realizaram uma tipologia dos agressores sexuais, baseada no consumo de álcool e de outras drogas, onde encontraram uma tipologia de 3 clusters:

- A) agressores sexuais não usuários de álcool e drogas, cuja percentagem na amostra foi de 30,5%;
- B) agressores sexuais usuários apenas de álcool, cuja percentagem na amostra foi de 16,9%;
- C) agressores sexuais usuários de álcool e outras drogas, cuja percentagem na amostra foi de 52,6%.

No nosso estudo, realizamos uma classificação dos agressores sexuais, baseado no mesmo conceito, o que revelou uma tipologia de 3 clusters:

- A) agressores sexuais sem problemas com o consumo de drogas e com problemas não graves com o consumo de álcool (57,58%);
- B) agressores sexuais com graves problemas com álcool, mas sem problemas com o consumo de outras drogas (22,22%);

C) agressores sexuais com problemas com o consumo de álcool e de outras drogas, com altos níveis de impulsividade sexual e geral (20,20%).

Embora nossa classificação apresente diferenças com a tipologia proposta pelos autores Peugh e Belenko (2001), principalmente em relação à frequência dos clusters A e C, não existem outros estudos publicados utilizando o mesmo conceito para comparação. Entretanto, é divulgado na literatura que cerca de 30 a 60% dos agressores sexuais não apresentam quaisquer transtornos psiquiátricos diagnosticáveis (Curtin e Niveau, 1999). O método empregado para a construção da nossa tipologia foi a Análise de Cluster (K-Means), onde utilizamos variáveis contínuas para formatar a comparação.

É importante notar que estas categorias tipológicas pouco dizem sobre o nível de comprometimento do criminoso sexual, em termos de abuso ou dependência de substâncias psicoativas, e elas não necessariamente sugerem o nível ou tipo de tratamento recomendado para cada agressor em cada cluster. Este tipo de classificação colabora para fornecer uma visão global dos problemas inerentes a cada grupo, objetivando facilitar tomadas de decisões.

Instrumentos para medir o risco de reincidência criminal têm sido matéria de pesquisa por vários autores (Bartosh et al. 2003; Harris et al. 2003; Långstrom, 2004). Tais instrumentos são baseados em revisões sistemáticas sobre os fatores de risco relacionados à reincidência criminal entre agressores sexuais. Tem-se apontado que a idade do agressor constitui um moderado preditor da reincidência em crimes sexuais, verificando-se que agressores sexuais mais jovens reincidem mais frequentemente do que os mais velhos. Estudos em sexualidade humana indicam um declínio geral do interesse sexual com o aumento da idade. Rowland et al. (1993) verificaram que a

ereção peniana diante de estímulos eróticos visuais diminui e a latência da resposta erétil aumenta com o avanço da idade. De acordo com Barbaree et al. (2003), a testosterona sérica, cuja concentração diminui com a idade, pode representar algum significado na redução da reincidência de crimes sexuais entre agressores mais velhos. Studer et al. (2005) referem que o nível sérico de testosterona poderia ser mais um fator a ser considerado nas avaliações sistematizadas do risco de reincidência para crimes sexuais. Marques et al. (2005) referem que os agressores de adultos apresentam maiores taxas de reincidência em crimes sexuais do que os molestadores de crianças. No nosso estudo, verifica-se que os agressores sexuais de adultos, cuja idade média foi de 33 anos, apresentaram maior frequência de crimes pretéritos do que os molestadores de crianças e de adolescentes, cuja idade média foi de 41 anos. Entretanto, na análise unifatorial dos escores médios do instrumento Static-99, não se verificaram diferenças estatisticamente significativas. Isso, provavelmente, ocorreu em virtude de um dos itens do Static-99 referir-se à presença de vítimas do sexo masculino como um dos fatores de risco para reincidência. No presente estudo, todos os agressores de adultos cometeram o crime contra mulheres adultas, ao passo que, entre os molestadores de crianças, 53,46% ofenderam crianças do sexo masculino, e, entre os agressores de adolescentes, 23,21% ofenderam adolescentes do sexo masculino.

Interesses sexuais desviantes, tais como interesses pedofílicos, têm sido amplamente descritos entre molestadores de crianças e em muito menor escala entre agressores de adultos (Craissati e Beech, 2004). O nosso estudo confirmou estes achados.

Com referência ao BIS- 11, este estudo não mostrou diferenças significativas entre os criminosos sexuais de crianças, adolescentes e adultos. De fato, segundo Murray (2000) e Overholser e Beck (1986), níveis de impulsividade e agressividade não são boas medidas para diferenciar agressores de crianças dos agressores de adultos, já que nos dois grupos, estes itens se manifestam de maneira semelhante. O comportamento mais impulsivo tem sido relacionado à repetição de atos ilícitos, o que se verificou entre os agressores sexuais seriais.

Os distúrbios do controle do impulso são caracterizados por agressividade, impulsividade e perda do controle (Hollander e Rosen, 2000). Alguns estudos têm associado altos níveis de impulsividade com atividades ilegais e agressividade, bem como comportamentos sexuais de risco (Giotakos et al., 2003a; Cherek et al., 1997). Lynam et al. (2000) reportaram que a impulsividade é um importante fator associado com as atividades criminosas, até mesmo quando outros aspectos psicossociais são incluídos na análise. De acordo com Eher et al. (2003), o conceito de impulsividade compartilha algumas similaridades com o conceito de psicopatia. Outros estudos têm associado altos níveis de impulsividade com o consumo de substâncias psicoativas (Moeller et al., 2001).

Entre os criminosos sexuais, é comum a negação do fato típico, o que implica, muitas vezes, em dificuldade no manejo terapêutico e na identificação dos transtornos mentais existentes (Haywood et al., 1993). Segundo Gibbons et al. (2003), apesar da negação do fato ser avaliada em alguns estudos como uma variável dicotômica (negação *versus* aceitação do fato), ela pode consistir em um fenômeno mais complexo, envolvendo múltiplas dimensões. No presente trabalho, a negação do fato foi avaliada

como variável dicotômica, representando cerca de 57% da amostra total, sem qualquer diferença entre os agressores de crianças, adolescentes ou adultos. Segundo Gibbons et al. (2003), a negação do fato parece realmente não diferir entre os tipos de agressores, quando considerado o tipo de vítima envolvida.

De acordo com Murray (2000), os agressores de crianças com pedofilia e sem pedofilia compartilham de características comuns, ou seja, a maioria é composta por homens, e eles podem ser homossexuais, heterossexuais ou bissexuais; alguns se relacionam com parceiras adultas, mas escolhem crianças, porque elas estão vulneráveis e disponíveis; quando as vítimas são do sexo feminino, a maioria delas é conhecida do perpetrador e relacionada com ele; quando as vítimas são do sexo masculino, a maioria deles é desconhecida do perpetrador. Entre os molestadores de crianças pedófilos e não pedófilos, o consumo intenso de bebidas alcoólicas tem sido relatado em mais de 50% dos casos. Contudo, entre os molestadores pedófilos, as crianças são a principal fonte de excitação sexual, o que significa que as atividades ou fantasias sexuais envolvendo estas vítimas são recorrentes, intensas e persistentes (Fagan, 2004). O nosso estudo demonstrou que, entre os agressores sexuais de crianças, a gravidade do consumo de bebidas alcoólicas foi maior do que entre os agressores de adultas.

Problemas com o consumo de bebidas alcólicas parecem ser maiores entre os agressores de vítimas não relacionadas ou extra-familiares (Rice e Harris, 2002). De acordo com Testa (2002), as agressões sexuais, onde o consumo de bebidas alcoólicas está envolvido, ocorrem principalmente entre pessoas desconhecidas. Poucos estudos publicados sugerem que os agressores de crianças do sexo masculino apresentam maior gravidade no consumo de álcool do que os ofensores sexuais de crianças do sexo

feminino (Hanson e Bussière, 1998). O abuso de bebidas alcoólicas pode consistir em um importante fator predisponente e desencadeante da agressão sexual, e isso pode contribuir para a reincidência criminal (Testa, 2002). Nosso estudo demonstrou que os agressores de meninos não relacionados demonstraram maior gravidade do consumo de bebidas alcoólicas do que os agressores de meninas não relacionadas.

O papel do uso de bebidas alcoólicas nos crimes sexuais tem sido examinado por vários estudos, mas poucos têm avaliado o papel do consumo do álcool na escolha do gênero da vítima (Brecklin e Ullman, 2002). Cabaj (1996) relata que existem algumas evidências de que os homossexuais apresentam maior gravidade de consumo de bebidas alcoólicas do que os heterossexuais. Apesar de apenas 12,96% dos molestadores sexuais de meninos referirem-se como homossexuais, todos eles se envolveram sexualmente com vítimas do mesmo sexo. De acordo com Quinsey et al. (2003), a “miopia” induzida pelo consumo de bebidas alcoólicas favorece a busca do prazer imediato e total despreocupação com a aprovação social. Complementando o comentário de Rice e Harris (2002), além do fato da vítima ser desconhecida do agressor, a gravidade do consumo de álcool pelo sentenciado foi fator preditor da agressão sexual contra crianças do sexo masculino.

Quanto à impulsividade, embora na análise unifatorial, tenha havido diferenças significativas entre os agressores de meninos e meninas, na análise de regressão logística, após controlar as outras variáveis significativas, não consistiu em fator significativamente relacionado com os ofensores sexuais de crianças do sexo masculino.

A maior negação do fato típico entre os agressores de meninos foi evidente na nossa pesquisa e isto pode revelar a maior dificuldade de homens declaradamente

heterossexuais admitirem um contato sexual com indivíduos do próprio sexo. Embora a negação consista na completa refutação de um evento, ela frequentemente existe em um *continuum* que inclui desde a minimização do impacto sobre as vítimas, a vergonha diante da sociedade, e a recusa em admitir ou reconhecer a gravidade e a cronicidade dos próprios problemas comportamentais (Levenson e Macgowan, 2004).

West e Templer (1994) têm demonstrado que os molestadores de crianças são desproporcionalmente mais brancos do que os estupradores de adultas, e isso também pode ser uma diferença qualitativa ou cultural entre os grupos. Na nossa pesquisa, não encontramos diferenças estatisticamente significativas entre os três grupos de agressores sexuais no que se refere à raça; contudo, entre os molestadores de crianças, os agressores de meninos mostraram-se significativamente mais brancos do que os agressores de meninas. Embora seja difícil e, talvez, preconceituoso, cogitar alguma implicação etiológica relacionada à raça, isso também pode consistir em uma diferença cultural dentro do próprio grupo de agressores de crianças.

Entre os molestadores de crianças, nota-se que aos agressores sexuais de meninas foram cominadas penas médias significativamente superiores do que aos agressores sexuais de meninos. Isso se deve em função da própria letra da lei penal, que reza, em seu artigo 226, parágrafo II: “*A pena é aumentada de quarta parte se o agente é ascendente, pai adotivo, padrasto, irmão, tutor ou empregador da vítima*” (Jesus, 2002). Entre os agressores sexuais de meninas, as vítimas foram estatisticamente mais relacionadas com o perpetrador do que entre os agressores sexuais de meninos.

Guay et al. (2001) mostraram que agressores sexuais seriais tendem a manter a escolha da vítima, no que se refere à idade e ao gênero. Molestadores de crianças tendem

a reincidir contra outras crianças, e agressores sexuais de mulheres adultas tendem a reincidir contra outras mulheres adultas. De acordo com estes autores, os agressores sexuais de adolescentes tendem a ser menos estáveis do que os outros agressores sexuais, principalmente quanto à escolha da idade das vítimas. Hall e Proctor (1987) chamaram de “especialização por crime” o fato de agressores sexuais reincidirem contra vítimas de idade e gênero semelhantes. Embora muitos autores estejam de acordo com uma provável distinção entre os agressores sexuais de crianças e de adultos, Heil et al. (2003) referem que os agressores mostram uma ampla gama de preferência por vítimas, o que chamaram de “crossover sexual offenders”. Estes autores descreveram que muitos agressores mostram diferentes tipos de comportamentos desviantes, com pouca homogeneidade em termos de escolha do gênero e da idade da vítima e do grau de parentesco com ela. No presente estudo, os agressores sexuais de mais de 1 vítima utilizaram-se de vítimas de idades semelhantes e mesmo gênero, o que foi confirmado pelos registros jurídicos disponíveis.

Segundo Dunsieath et al. (2004), a presença de parafilia é importante fator relacionado com a reincidência em crimes sexuais. No presente estudo, a presença de pedofilia foi importante fator preditor de agressividade sexual serial.

O conceito de “serial” implica em agressão contra mais do que 2 vítimas (Stevens, 2001). Segundo o nosso estudo, os agressores de 3 ou mais vítimas apresentaram mais freqüentemente história de reincidência criminal, inclusive registros de crimes sexuais prévios julgados, o que corrobora com o conceito ainda incipiente no meio médico de criminoso serial, mas já clássico no meio jurídico e literário.

Embora no presente estudo não tenha havido diferenças estatisticamente significativas com relação à idade média dos agressores sexuais seriais e não seriais, a idade média dos agressores de 3 ou mais vítimas foi superior à dos agressores de 1 vítima, o que poderia implicar que ainda muitos dos agressores não seriais não tiveram “tempo” para se tornar agressores seriais. Apesar dessa observação, outros achados no estudo mostram que os agressores de 3 ou mais vítimas apresentam diferenças significativas em relação aos agressores não seriais, principalmente quanto à história de abuso sexual na infância, à presença de critérios diagnósticos para Pedofilia e ao nível de impulsividade.

Na presente pesquisa, não encontramos diferenças entre os agressores de 1 vítima e os agressores sexuais de 2 vítimas. Desta forma, agrupamos estes dois tipos de agressores e comparamos o novo grupo com os agressores de 3 vítimas ou mais. Talvez, o conceito de agressor serial tenha maior consistência, quando consideramos os agressores de 3 ou mais vítimas.

De acordo com Bradley (2000), experiências precoces de abuso sexual podem interferir com o desenvolvimento cognitivo, diminuir a capacidade de lidar com situações adversas, dificultar o aprimoramento de estratégias de adaptação ao meio social e aumentar a impulsividade. Entre os agressores sexuais seriais, constatou-se, neste estudo, maior impulsividade e maior frequência de história pessoal de abuso sexual.

Burgess et al. (1988) avaliaram 41 agressores sexuais seriais presos em 12 instituições penais americanas, constatando grande frequência de história de abuso sexual nesta amostra. Referiram que o padrão repetitivo das agressões sexuais poderia

estar associado com as mais precoces fantasias sexuais desenvolvidas a partir das experiências de abuso ou violência sexual.

Peugh e Belenko (2001) afirmaram que as diferenças entre os criminosos sexuais de crianças e de adultas podem contribuir para o desenvolvimento de estratégias de prevenção, bem como para a inclusão de programas de tratamento de abuso e dependência química nos centros de ressocialização.

Nossa pesquisa sugere a necessidade do desenvolvimento de programas de tratamento para abuso de substâncias psicoativas entre sentenciados por crimes sexuais. A implementação destes programas, aliada ao manejo de outros comportamentos psicopatológicos, pode ser importante decisão jurídico-social para a prevenção da reincidência criminal.

O progressivo conhecimento das características comportamentais entre diferentes tipos de criminosos consiste em tarefa bastante complexa, tendo em vista a heterogeneidade da população prisional. No entanto, esclarecer diferentes tipos de comportamentos para diferentes tipos de crimes pode colaborar para o desenvolvimento de centros de ressocialização com adequada proposta de ação.

A maioria dos sentenciados retornará para a comunidade sem qualquer abordagem psicossocial. Contaminados pela própria discriminação, ainda contarão com o estigma do preconceito e do rechaço social. É neste contexto atual que pesquisas sobre os diferentes tipos de criminosos podem consistir em ferramenta útil tanto no terreno médico, quanto no jurídico e social.

Pesquisas baseadas em entrevistas e auto-relatos, como a realizada, sempre apresentam o potencial de viés. De uma forma geral, existiram várias dificuldades metodológicas neste estudo, a saber:

- a) não foram recrutados outros apenados por crimes diferentes. Comparações com outros sentenciados por crimes de homicídio, por exemplo, seriam particularmente interessantes, tendo em vista a publicação de recentes artigos sobre o tema;
- b) o estudo foi baseado no relato dos próprios apenados, o que pôde ter contribuído para respostas duvidosas;
- c) o estudo foi seccional, o que pré-conclui uma inferência causal. Talvez, um estudo do tipo caso-controle seja um próximo passo para aprimorar os achados apresentados.

8. CONCLUSÕES

De uma forma geral, todas as hipóteses experimentais iniciais foram verificadas e comprovadas, o que possibilita as seguintes conclusões:

- Os molestadores de crianças costumam apresentar idade média superior do que os agressores sexuais de adultos;
- Os agressores sexuais de adultos apresentam mais problemas com o consumo de drogas (maconha e cocaína) do que os molestadores de crianças, e isso pode ser um fator de distinção entre os diferentes tipos de criminosos sexuais;
- Os agressores de crianças apresentam maior gravidade do consumo de bebidas alcólicas do que os agressores de adultos;
- Os molestadores de crianças apresentam maior risco de terem sofrido abuso sexual na própria infância;
- Os agressores sexuais seriais apresentam características diferentes dos ofensores sexuais não seriais, como mais freqüente história de abuso sexual na infância, mais freqüentes julgamentos e condenações prévias, mais freqüente presença de critérios diagnósticos de pedofilia;
- Entre os agressores sexuais seriais, o nível de impulsividade é maior do que entre os não seriais

9. ANEXOS

ANEXO 01



Recebido: 30/06/05, às 17:24
Departamento de Psiquiatria da FMUSP

APROVAÇÃO

A Comissão de Ética para Análise de Projetos de Pesquisa - CAPPesq da Diretoria Clínica do Hospital das Clínicas e da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, em sessão de 22.06.05, **APROVOU** o Protocolo de Pesquisa nº **449/05**, intitulado: "Consumo de álcool e outras drogas e impulsividade sexual entre agressores sexuais" apresentado pelo Departamento de **PSIQUIATRIA**, inclusive o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Cabe ao pesquisador elaborar e apresentar à CAPPesq, os relatórios parciais e final sobre a pesquisa (Resolução do Conselho Nacional de Saúde nº 196, de 10.10.1996, inciso IX. 2, letra "c")

Pesquisador(a) Responsável: Prof. Dr. Arthur Guerra de Andrade

Pesquisador (a) Executante: Dr. Danilo Antonio Baltieri

CAPPesq, 22 de Junho de 2005.

PROF. DR. EUCLIDES AYRES DE CASTILHO
Presidente da Comissão de Ética para Análise
de Projetos de Pesquisa

ANEXO 02

HOSPITAL DAS CLÍNICAS
DA
FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

(Instruções para preenchimento no verso)

**I - DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DO SUJEITO DA PESQUISA OU
RESPONSÁVEL LEGAL**

1. NOME DO PACIENTE
- DOCUMENTO DE IDENTIDADE Nº : SEXO : .M F
- DATA NASCIMENTO:/...../.....
- ENDEREÇO Nº
- BAIRRO:.....CIDADE
- CEP:..... TELEFONE: DDD(.....)
2. RESPONSÁVEL LEGAL
- NATUREZA (grau de parentesco, tutor, curador etc.)
- DOCUMENTO DE IDENTIDADE :SEXO: M F
- DATA NASCIMENTO.:/...../.....
- ENDEREÇO: Nº APTO:
- BAIRRO:.....CIDADE:
- CEP: TELEFONE: DDD (.....).....

II - DADOS SOBRE A PESQUISA CIENTÍFICA

1. TÍTULO DO PROTOCOLO DE PESQUISA : Consumo de Álcool e outras Drogas e Impulsividade Sexual entre Agressores Sexuais.
2. PESQUISADOR: Prof. Dr. Arthur Guerra de Andrade
- CARGO/FUNÇÃO: Professor Associado do Departamento de Psiquiatria da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo
- INSCRIÇÃO CONSELHO REGIONAL Nº 33807
- UNIDADE DO HCFMUSP: Instituto de Psiquiatria
3. AVALIAÇÃO DO RISCO DA PESQUISA:
- SEM RISCO RISCO MÍNIMO X RISCO MÉDIO
- RISCO BAIXO RISCO MAIOR
- (probabilidade de que o indivíduo sofra algum dano como consequência imediata ou tardia do estudo)
4. DURAÇÃO DA PESQUISA : 15 meses

III - REGISTRO DAS EXPLICAÇÕES DO PESQUISADOR AO PACIENTE OU SEU REPRESENTANTE LEGAL SOBRE A PESQUISA, CONSIGNANDO:

1. justificativa e os objetivos da pesquisa ; 2. procedimentos que serão utilizados e propósitos, incluindo a identificação dos procedimentos que são experimentais; 3. desconfortos e riscos esperados; 4. benefícios que poderão ser obtidos; 5. procedimentos alternativos que possam ser vantajosos para o indivíduo.

1. JUSTIFICATIVA E OBJETIVOS DA PESQUISA:

O senhor (a) está sendo convidado a participar de uma pesquisa que objetiva avaliar alguns itens da sua saúde física e mental, incluindo o consumo de bebidas alcoólicas e o uso de drogas, bem como o seu comportamento sexual. Todas as suas respostas serão confidenciais e não poderão ser utilizadas contra ou a favor do senhor. Lembro que esta pesquisa não tem nenhuma finalidade para a progressão ou regressão do seu regime de pena.

2. PROCEDIMENTOS QUE SERÃO UTILIZADOS E PROPÓSITOS DESSA UTILIZAÇÃO

A pesquisa da que o senhor está sendo convidado a participar consistirá em uma entrevista, onde várias perguntas sobre a sua vida pregressa e sobre o delito praticado serão realizadas. Esta pesquisa dependerá das suas respostas às perguntas de vários questionários. Desta forma, contamos com a sua colaboração na veracidade das respostas. Não haverá quaisquer exames invasivos, como de sangue ou de outra espécie. A sua participação nesse estudo é totalmente voluntária, e o senhor tem a possibilidade de interromper sua participação a qualquer momento, não havendo nenhum tipo de penalidade ou perda de benefícios caso isso ocorra.

Os entrevistadores tratarão sua identidade com os padrões profissionais de confidencialidade. Assim, os dados do seu prontuário jurídico e da entrevista permanecerão confidenciais. Os nomes dos participantes não serão identificados em nenhuma publicação que possa resultar do presente estudo.

3. DESCONFORTOS E RISCOS ESPERADOS

Como se trata de uma pesquisa que depende das suas respostas, nós contamos com a sua colaboração. Não haverá quaisquer riscos para o senhor, em termos jurídicos ou médicos. Todavia, caso se sinta desconfortável durante a entrevista, o senhor poderá interrompê-la, sem quaisquer prejuízos para o senhor.

4. BENEFÍCIOS QUE PODERÃO SER OBTIDOS

Sua participação neste estudo poderá ser muito útil, visto que poderemos conhecer melhor os problemas psicológicos, médicos e legais a que estão sujeitas pessoas condenadas por determinados tipos de crimes, bem como estabelecer futuramente propostas mais eficientes de prevenção do crime.

5. PARTICIPAÇÃO VOLUNTÁRIA / TÉRMINO DA PARTICIPAÇÃO / CUSTOS / CONFIDENCIALIDADE

A sua participação é totalmente voluntária. Lembro que todas as informações colhidas serão totalmente confidenciais, ou seja, nenhuma informação que o senhor fornecer será relacionada ao seu nome. Lembro, novamente, que as publicações científicas que poderão derivar desta pesquisa não estarão relacionadas ao seu nome ou identidade.

IV - ESCLARECIMENTOS DADOS PELO PESQUISADOR SOBRE GARANTIAS DO SUJEITO DA PESQUISA:

1. acesso, a qualquer tempo, às informações sobre procedimentos, riscos e benefícios relacionados à pesquisa, inclusive para dirimir eventuais dúvidas.
 2. liberdade de retirar seu consentimento a qualquer momento e de deixar de participar do estudo, sem que isto traga prejuízo à continuidade da assistência.
 3. salvaguarda da confidencialidade, sigilo e privacidade.
 4. disponibilidade de assistência no HCFMUSP, por eventuais danos à saúde, decorrentes da pesquisa.
 5. viabilidade de indenização por eventuais danos à saúde decorrentes da pesquisa.
-
1. O senhor estará sendo informado sobre os procedimentos desta pesquisa, que inclui coleta de informações do seu prontuário jurídico, bem como uma entrevista com o senhor. Esta pesquisa visa a avaliar possíveis problemas psicológicos e de saúde que o senhor possa ter apresentado antes do ingresso nesta casa penitenciária. O senhor poderá interromper a entrevista, caso tenha dúvidas ou por qualquer outro motivo.
 2. O senhor poderá deixar de participar desta pesquisa a qualquer tempo, sem quaisquer prejuízos legais ou outros.
 3. Todas as informações obtidas através da entrevista e da revisão do seu prontuário jurídico serão totalmente confidenciais e nenhuma informação poderá ser associada à sua identidade.
 4. não se aplica.
 5. não se aplica.
-

**V. INFORMAÇÕES DE NOMES, ENDEREÇOS E TELEFONES DOS
RESPONSÁVEIS PELO ACOMPANHAMENTO DA PESQUISA, PARA
CONTATO EM CASO DE INTERCORRÊNCIAS CLÍNICAS E REAÇÕES
ADVERSAS:**

VI. OBSERVAÇÕES COMPLEMENTARES:

VII - CONSENTIMENTO PÓS-ESCLARECIDO

Declaro que, após convenientemente esclarecido pelo pesquisador e ter entendido o que me foi explicado, consinto em participar do presente Protocolo de Pesquisa

São Paulo, de de .

assinatura do sujeito da pesquisa ou responsável legal

assinatura do pesquisador
(carimbo ou nome Legível)

ANEXO 03

PROTOCOLO COMUM

Sobrenome, nome:

01 RG| | | | | | | | | |

02 Sexo

1 - masculino

2 - feminino

03 Cor

1 - branca

2 - preta

3 - parda

4 - amarela

5 - outra

04 Idade | | |

05 Estado Civil

1 - casado

2 - solteiro

3 - viúvo

4 - separado

5 - amasiado

06 Situação Profissional anterior à pena

1 - empregado com registro

2 - empregado sem registro

3 - “bicos”

4 - desempregado

- 5 - aposentado por álcool
- 6 - aposentado por doença
- 7 - aposentado por tempo de serviço
- 14 - aposentado por idade
- 10 - “caixa” por álcool
- 11 - “caixa” por doença
- 12 - autônomo
- 13 - dona-de-casa
- 98 - não disponível

07 Salário Mensal antes da pena | | |

OBS: Verter a quantia citada em número de salários mínimos.

08 Grau de Instrução

- 1 - analfabeto
- 2 - primário incompleto
- 3 - primário completo
- 4 - ginásio incompleto
- 5 - ginásio completo
- 6 - segundo grau incompleto
- 7 - segundo grau completo
- 8 - superior incompleto
- 9 - superior completo

09 Local de Nascimento

- 1 - São Paulo - Capital
- 2 - São Paulo - Interior
- 3 - Sul
- 4 - outros estados do Sudeste
- 5 - Nordeste - Norte

6 - outros estados

7 - outros países

10 Nome do entrevistador

INFORMAÇÕES SOBRE O USO DO ÁLCOOL

11 Idade de Início de Ingestão | |

12 Idade de Aumento | |

13 Idade de Início de Problema com Álcool | |

(Físico, Psíquico ou Social)

14 Tipo de Bebida

01 - pinga

02 - cerveja

04 - vinho

08 - uísque

32 - conhaque

64 - vodka

16 - outros

OBS: No caso de o paciente fazer uso de mais de uma bebida, cada uma delas deve ser somada. Ex: cerveja (02) + vinho (04) = 06

15 Quantidade de Etanol | | |

No Momento da Consulta (gramas/dia)

OBS: Quantidade = volume x densidade do álcool (0.8) x porcentagem de álcool na bebida. 1 dose = 50 ml. Levar em consideração a pior semana do último mês.

16 Tratamento Anterior Para Alcoolismo

Número de Internações

001 - ambulatorial

- 002 - internação psiquiátrica
- 004 - internação clínica
- 008 - A.A.
- 016 - psicoterapia
- 032 - antabuse
- 064 - religioso
- 128 - alternativos
- 256 - Outros Entrada (ano) | | |
- Alta (ano) | | |
- 998 - Sem tratamento prévio

OBS: no caso de haver mais de um tipo de tratamento, devem ser somados. Ex: ambulatorial (001) + A.A. (008) = 009

17 Familiares com Problemas com Álcool

- 001 - pai
- 002 - mãe
- 004 - filho
- 008 - irmão
- 064 - avós paternos
- 128 - avós maternos
- 256 - tios paternos
- 512 - tios maternos
- 1024 - primos paternos
- 2048 - primos maternos
- 4096 - marido
- 8192 - outros
- 998 - Não tem antecedentes familiares

OBS: no caso de haver mais de um familiar devem ser somados

18. Antes da atual prisão, quando foi a última vez em que consumiu bebidas alcoólicas:

1. Nunca

2. um dia antes;
3. No momento do ato ilícito;
4. uma semana antes;
5. um mês antes;
6. um ano antes

19. Você consumiu bebidas alcoólicas no momento do fato que lhe acarretou a pena atual ?

1. Sim, minutos antes;
2. Sim, 01 hora antes;
3. Sim, horas antes (quantas horas ?)
4. Sim, no dia anterior;
5. Não

INFORMAÇÕES SOBRE USO DE DROGAS

20. USO DE DROGAS

- 001 - nunca
- 002 - não injetável
- 004 - injetável, não no momento
- 016 - injetável, em uso

21 Tipo de Droga

- 001 - cannabis
- 002 - cocaína
- 004 - barbitúricos
- 008 - anfetaminas
- 016 - opióides
- 032 - benzodiazepínicos
- 064 - outras

998 - não faz uso de droga.

OBS: 064 discriminar:.....

No caso de haver mais de um tipo de droga, devem ser somadas.

Informações sobre o uso de drogas

22 Idade de Início de Consumo | | |

23 Idade de Aumento | | |

24 Idade de Início de Problema com Drogas | | |

(Físico, Psíquico ou Social)

25 Tratamento Anterior para Farmacodependências

Número de internações

001 - ambulatorial

002 - internação psiquiátrica

004 - internação clínica

008 - psicoterapia

032 - antabuse

064 - religioso

128 - alternativos

256 - Outros Entrada (ano) | | |

Alta (ano) | | |

998 - sem tratamento prévio

OBS: no caso de haver mais de um tipo de tratamento, devem ser somados.

26 Familiares com problemas com drogas

001 - pai

002 - mãe

004 - filho

008 - irmão

064 - avós paternos

128 - avós maternos

- 256 - tios paternos
- 512 - tios maternos
- 1024 - primos paternos
- 2048 - primos maternos
- 4096 - marido
- 8192 - outros
- 998 - não tem antecedentes familiares

OBS: no caso de haver mais de um familiar devem ser somados

- 27 Uso de Seringas e Materiais contaminados
 - 01 - sempre
 - 02 - nunca
 - 03 - às vezes
 - 04 - sem, há mais de 5 anos
 - 98 - não se encaixa.

Informações Gerais

- 28 Grupo de Risco para AIDS:
 - 01 - homossexualidade
 - 02 - transfusão
 - 08 - uso de drogas injetáveis
 - 16 - contactante sexual de um dos grupos acima
 - 32 - promiscuidade
 - 98 - não se enquadra

OBS: no caso de haver mais de um, devem ser somados.

- 29 Tentativa de Suicídio
 - 01 - não
 - 02 - sim, quando alcoolizado
 - 03 - sim, não alcoolizado

04 - sim, intoxicado por outras drogas

05 - sim, não intoxicado por drogas

30 Se houve alguma iniciativa para buscar tratamento para problemas com álcool e drogas, esta iniciativa partiu:

01-do paciente

02 - do companheiro

03 - dos filhos

04 - dos pais

05 - encaminhamento médico

06 - encaminhamento da empresa

07 - parentes

08 – amigo

31. Antes da atual prisão, quando foi a última vez em que você fez uso de drogas:

1. Nunca

2. um dia antes;

3. No momento do ato ilícito;

4. uma semana antes;

5. um mês antes;

6. um ano antes

OBS: especificar a droga (drogas)

32. Você consumiu alguma droga no momento do fato que lhe acarretou a pena atual ?

1. Sim, minutos antes;

2. Sim, 01 hora antes;

3. Sim, horas antes (quantas horas ?)

4. Sim, no dia anterior;

5. Não

OBS: especificar a droga (drogas)

ANEXO 04

CAGE

1. Você já sentiu que deveria parar de beber ?
2. Alguma pessoa já evitou você por criticá-lo a respeito da bebida ?
3. Você já se sentiu culpado ou mal em virtude do consumo de álcool?
4. Você já bebeu logo de manhã para acalmar os nervos ou para conseguir ficar bem ?

ANEXO 05

SADD (Short Alcohol Dependence Data)

As seguintes perguntas dizem respeito a uma série de fatores relacionados com seu consumo de bebidas alcóolicas durante os últimos meses. Por favor, leia cuidadosamente cada pergunta.

Responda às questões tendo em vista os últimos 3 meses.

Responda a cada pergunta assinalando a resposta que lhe pareça mais apropriada.

Se você tiver alguma dificuldade peça ajuda.

Responda a TODAS as perguntas.

0 Nunca	1 Poucas vezes	2 Muitas vezes	3 Sempre
D1 Você acha difícil tirar o pensamento de beber da cabeça?			<input type="checkbox"/>
D2 Acontece de você deixar de comer por causa da bebida?			<input type="checkbox"/>
D3 Você planeja seu dia em função da bebida?			<input type="checkbox"/>
D4 Você bebe em qualquer horário (manhã, tarde e/ou noite)?			<input type="checkbox"/>
D5 Na ausência de sua bebida favorita você bebe qualquer uma?			<input type="checkbox"/>
D6 Acontece de você beber sem levar em conta os compromissos que tenha depois?			<input type="checkbox"/>
D7 Você acha que o quanto você bebe chega a lhe prejudicar?			<input type="checkbox"/>
D8 No momento em que você começa a beber, é difícil parar?			<input type="checkbox"/>
D9 Você tenta se controlar (tenta deixar de beber)?			<input type="checkbox"/>
D10 Na manhã seguinte a uma noite em que você tenha bebido muito, você precisa beber para se sentir melhor?			<input type="checkbox"/>
D11 Você acorda com tremores nas mãos, na manhã seguinte a uma noite em que tenha bebido muito?			<input type="checkbox"/>
D12 Depois de ter bebido muito, você levanta com náuseas ou vômitos?			<input type="checkbox"/>
D13 Na manhã seguinte a uma noite em que você tenha bebido muito, você levanta não querendo ver ninguém na sua frente?			<input type="checkbox"/>
D14 Depois de ter bebido muito, você vê coisas que mais tarde percebe que eram imaginação sua?			<input type="checkbox"/>
D15 Você se esquece do que aconteceu enquanto esteve bebendo?			<input type="checkbox"/>
ESCORE TOTAL			<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

ANEXO 06

DAST: Drug Abuse Screening Test

1. Você tem usado outras drogas além daquelas para uso médico ?
()**sim** ()não
2. Você tem abusado de drogas prescritas ?
()**sim** ()não
3. Você abusa de mais do que uma droga ?
()**sim** ()não
4. Você consegue atravessar uma semana sem fazer uso das drogas (exceto daquelas prescritas por médico) ?
()**sim** ()não
5. Você é sempre capaz de parar de usar uma droga quando você quer ?
()**sim** ()não
6. Você abusa de qualquer droga de forma contínua ?
()**sim** ()não
7. Você tenta limitar o uso de drogas à determinadas situações ?
()**sim** ()não
8. Você já teve “blackouts” ou “flashbacks” como um resultado do uso de drogas ?
()**sim** ()não
9. Você já se sentiu mal por causa do seu abuso de drogas ?
()**sim** ()não
10. A sua esposa (ou pais) já se queixaram sobre o seu envolvimento com drogas ?
()**sim** ()não
11. Seus amigos ou parentes sabem ou suspeitam sobre seu abuso de drogas?
()**sim** ()não
12. O abuso de drogas já criou problemas entre você e a sua esposa ?
()**sim** ()não
13. Algum membro da sua família já procurou ajuda para problemas relacionados ao seu consumo de drogas ?
()**sim** ()não
14. Você já perdeu amigos em virtude do seu consumo de drogas ?
()**sim** ()não
15. Você já negligenciou sua família ou perdeu algum trabalho por causa do consumo de drogas ?
()**sim** ()não
16. Você já esteve em problemas no trabalho por causa do seu uso de drogas ?
()**sim** ()não
17. Você já perdeu algum trabalho por causa do uso de drogas ?
()**sim** ()não
18. Você tem se envolvido em brigas após ingerir drogas ?
()**sim** ()não

19. Você já foi preso por causa de algum comportamento não usual provocado pelo consumo de drogas ?
()**sim** ()não
20. Você já foi preso por dirigir sob a influência de drogas ?
()**sim** ()não
21. Você já se engajou em atividades ilegais para obter drogas ?
()**sim** ()não
22. Você já foi preso por posse de drogas ilegais ?
()**sim** ()não
23. Você já manifestou sintomas de abstinência resultante do uso pesado de drogas ?
()**sim** ()não
24. Você já teve problemas médicos resultantes do seu consumo de drogas (exemplos, perda da memória, hepatite, convulsões, sagramentos...) ?
()**sim** ()não
25. Você já procurou alguma pessoa para pedir ajuda por causa de drogas ?
()**sim** ()não
26. Você já esteve em um hospital por causa de problemas médicos relacionados ao uso de drogas ?
()**sim** ()não
27. Você já participou de alguma forma de tratamento para dependência química ?
()**sim** ()não
28. Você já participou de algum tratamento ambulatorial para problemas relacionados ao consumo de drogas ?
()**sim** ()não

Scoring: Each item in bold = 1 point

6 or more = substance use problem (abuse or dependence)

ANEXO 07

BIS
(ESCALA DE IMPULSIVIDADE DE BARRAT - VERSÃO 11)
Avaliação Pessoal

Iniciais do Paciente: _____

Nº do Paciente: _____

Visita: _____

Data: ____/____/____

Instruções: As pessoas divergem nas formas em que agem e pensam em diferentes situações. Isto é um teste para avaliar algumas das maneiras que você age ou pensa. **Leia cada afirmação e preencha o círculo apropriado no lado direito da página. Não gaste muito tempo em cada afirmação. Responda rapidamente e honestamente.**

	Raramente ou nunca	De vez em quando	Com frequência	Quase sempre ou sempre
1. Eu planejo tarefas cuidadosamente				
2. Eu faço coisas sem pensar				
3. Eu sou despreocupado (confio na sorte – (“desencanado”))				
4. Eu tenho pensamentos rápidos				
5. Eu planejo viagens com bastante antecedência				
6. Eu sou controlado				
7. Eu me concentro facilmente				
8. Eu poupo regularmente				
9. Eu acho difícil ficar sentado sem mexer por longos períodos de tempo				
10. Eu sou um pensador cuidadoso				
11. Eu faço planos para ter estabilidade no emprego				
12. Eu falo coisas sem pensar				
13. Eu gosto de pensar em problemas complexos				
14. Eu troco de trabalho				
15. Eu ajo por impulso				
16. Eu fico facilmente entediado quando estou resolvendo problemas mentalmente				
17. Eu faço “check-up” médico e odontológico regularmente				
18. Eu atuo irrefletidamente levado pelas circunstâncias				
19. Eu sou um pensador equilibrado				
20. Eu troco de moradia				
21. Eu compro coisas por impulso				
22. Eu acabo o que começo				
23. Eu ando e mexo rápido				
24. Eu resolvo problemas por tentativa e erro				
25. Eu gasto ou compro a prestação mais do que ganho				
26. Eu falo rápido				
27. Eu tenho idéias fora do contexto quando estou pensando				
28. Eu estou mais interessado no presente do que no futuro				
29. Eu fico inquieto em palestras ou conversas				
30. Eu faço planos para o futuro				

ANEXO 08

Sexual Addiction Screening Test (Carnes, 1983; Schneider, 1991) –
tradução e retradução por E. Doering

1. Você sofreu abuso sexual quando criança ou na adolescência ?
() Sim () Não
2. Você tem assinado ou comprado regularmente revistas pornográficas ?
() Sim () Não
3. Seus pais tiveram problemas de ordem sexual ?
() Sim () Não
4. Você freqüentemente se percebe preocupado com questões sexuais ?
() Sim () Não
5. Você acha que seu comportamento sexual não é normal ?
() Sim () Não
6. Sua (seu) esposa (esposo) ou companheira (o) se preocupa ou até mesmo reclama do seu comportamento sexual ?
() Sim () Não
7. Para você, é difícil interromper seu comportamento sexual mesmo sabendo que é inadequado ?
() Sim () Não
8. Você chega a se sentir mal por causa da sua conduta sexual ?
() Sim () Não
9. Sua conduta sexual já causou problemas a você e à sua família ?
() Sim () Não
10. Você alguma vez buscou ajuda para lidar com comportamentos sexuais de que não gostava ?
() Sim () Não
11. Você já chegou a se preocupar com o fato de a pessoas descobrirem a respeito das suas atividades sexuais ?
() Sim () Não
12. Alguém já se feriu emocionalmente devido à sua conduta sexual ?
() Sim () Não
13. Alguma de suas atividades sexuais é ilegal ?
() Sim () Não
14. Você já se prometeu deixar de fazer alguma coisa relacionada ao seu comportamento sexual ?
() Sim () Não
15. Você já fez alguma tentativa de interromper algum aspecto de sua conduta sexual e acabou não conseguindo ?
() Sim () Não
16. Você tem de esconder dos outros algum aspecto de seu comportamento sexual ?
() Sim () Não
17. Você já tentou parar de fazer alguma coisa relacionada à sua atividade sexual ?
() Sim () Não

18. Você já achou que o seu comportamento sexual era degradante ?
 Sim Não
19. Sexo é para você uma forma de escapar de seus problemas ?
 Sim Não
20. Você se sente deprimido após fazer sexo ?
 Sim Não
21. Você já sentiu necessidade de deixar de praticar alguma forma de comportamento sexual ?
 Sim Não
22. Sua atividade sexual interfere na sua vida familiar ?
 Sim Não
23. Você já manteve práticas sexuais com menores de idade ?
 Sim Não
24. Você sente que é controlado por seu desejo sexual ?
 Sim Não
25. Você sente que seu desejo sexual é mais forte do que você ?
 Sim Não

ANEXO 09

STATIC-99

Fator de risco	Códigos	Score
Ofensas sexuais anteriores	Acusação	0
	Condenação	1
	Nenhuma Nenhuma	2
	1-2 1	3
	3-5 2-3	
	6+ 4+	
Dados anteriores de sentença	3 ou menos	0
	4 ou mais	1
Quaisquer condenações por ofensas sexuais que não envolveram contato físico	Não	0
	Sim	1
Violência não sexual atual (condenação)	Não	0
	Sim	1
Violência não sexual prévia (condenação)	Não	0
	Sim	1
Quaisquer vítimas não relacionadas	Não	0
	Sim	1
Quaisquer vítimas estranhas (desconhecidas do agentes há pelo menos 24 horas)	Não	0
	Sim	1
Quaisquer vítimas masculinas	Não	0
	Sim	1
Idade do agressor	Idade > ou = 25 anos	0
	Idade entre 18 – 24,99 anos	1
Solteiro	Vc já viveu com um mesmo parceiro por pelo menos 2 anos ?!!	
	Sim	0
	Não	1
Score total	Somar os scores	

Score	Categoria de risco
0-1	Baixo
2-3	Médio inferior
4-5	Médio superior
6 +	Alto

ANEXO 10

SÍNDROME DE DEPENDÊNCIA A SUBSTÂNCIA PSICOATIVA

(Segundo critérios da CID-10)

Um diagnóstico definitivo de dependência (F.10.2) deve usualmente ser feito somente se três ou mais dos seguintes requisitos tenham sido experienciados ou exibidos em algum momento durante o ano anterior:

- (a) um forte desejo ou senso de compulsão para consumir a substância;
- (b) dificuldades em controlar o comportamento de consumir a substância em termos de seu início, término ou níveis de consumo;
- (c) um estado de abstinência fisiológico, quando o uso da substância cessou ou foi reduzido;
- (d) evidência de tolerância;
- (e) abandono progressivo de prazeres ou interesses alternativos em favor do uso da substância, aumento da quantidade do tempo necessário para obter ou tomar a substância ou para se recuperar dos seus efeitos;
- (f) persistência no uso da substância, a despeito de evidência clara de conseqüências manifestamente nocivas

O diagnóstico de síndrome de dependência pode ser mais especificado pelos seguintes códigos de cinco caracteres:

F.10.20 : Atualmente abstinente

F.10.21 : Atualmente abstinente, mas em ambiente protegido (por exemplo, em hospital, em uma comunidade terapêutica, prisão etc)

F.10.22 : Atualmente em regime de manutenção ou substituição clinicamente supervisionada

F.10.23 : Atualmente abstinente, porém recebendo tratamento com drogas aversivas ou bloqueadoras (por exemplo, naltrexone ou dissulfiram)

F.10.24 : Atualmente usando a substância (dependência ativa)

F. 10.25 : Uso contínuo

F.10.26 : Uso episódico (dipsomania)

Transtorno de Preferência Sexual
(segundo critérios do DSM-IV-TR)

Critério A – Fantasias, anseios sexuais ou comportamentos recorrentes, intensos e sexualmente excitantes, em geral envolvendo 1) objetos não-humanos; 2) sofrimento ou humilhação, próprios ou de terceiros, ou 3) crianças ou outras pessoas sem o seu consentimento, ocorrendo durante um período mínimo de 6 meses;

Critério B – As fantasias, impulsos sexuais ou comportamentos causam sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo no funcionamento social ou ocupacional ou em outras áreas importantes da vida do indivíduo;

Critério C – O indivíduo tem no mínimo 16 anos e é pelo menos 5 anos mais velho que a criança ou crianças do Critério A

Nota para a codificação: Não incluir um indivíduo no final da adolescência envolvido em um relacionamento sexual contínuo com uma criança com 12 ou 13 anos de idade.

Especificar se:

Atração Sexual pelo Sexo Masculino

Atração Sexual pelo Sexo Feminino

Atração Sexual por Ambos os Sexos

Especificar se:

Restrita ao incesto

Especificar tipo:

Tipo Exclusivo (atração apenas por criança)

Tipo Não-Exclusivo

10. REFERÊNCIAS

- Abbey A, Clinton-Sherrod AM, McAuslan P, Zawacki T, Buck PO. The relationship between the quantity of alcohol consumed and the severity of sexual assaults committed by college men. *J Interpers Violence*. 2003; 18 (7): 813-833.
- Abbey A, Ross LT, McDuffie D, McAuslan P. Alcohol, misperception, and sexual assault: how and why are they linked ? In: Buss DM, Malamuth NM, editors. *Sex, power, conflict: evolutionary and feminist perspectives*. New York: Oxford University Press; 1996. p. 138-161.
- Abbey A, Zawacki T, Buck PO, Clinton AM, McAuslan P. Alcohol and sexual assault. *Alcohol Res Health*. 2001; 25 (1): 43-51.
- Abbey A, Zawacki T, McAuslan P. Alcohol's effects on sexual perception. *J Stud Alcohol*. 2000; 61 (5): 688-697.
- Albert DJ, Walsh ML, Jonik RH. Aggression in humans: what is its biological foundation ? *Neurosci Biobehav Rev*. 1993; 17 (4): 405-425.
- Aldenderfer MS, Blashfield RK. *Cluster Analysis*. London: SAGE; 1984.
- Altman DG. *Practical statistics for medical research*. Washington: Chapman & Hall/CRC; 1999.
- Associação Psiquiátrica Americana (APA). *Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais*. 4a ed. revisada. Porto Alegre: ArtMed; 2002.
- Austin J, Peyton J, Johnson KD. *Reliability and validity of the Static-99/RRASOR - sex offender risk assessment instruments*. Pennsylvania Board of Probation and Parole. Washington: George Washington University; 2003.
- Balier C. Psicopatologia dos autores de delitos sexuais contra crianças. In: Gabel M, editor. *Crianças vítimas de abuso sexual*. São Paulo: Summus; 1997. p. 114-20.
- Baltieri DA . Transtornos de preferência sexual. In: Abdo CHN, editor. *Sexualidade humana e seus transtornos*. 2a ed. São Paulo: Lemos; 2000. p. 117-35.
- Baltieri DA. *Utilização do acamprosato no tratamento de dependentes de álcool* [dissertação]. São Paulo: Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo; 2002.
- Barbaree HE, Blanchard R, Langton CM. The development of sexual aggression through the life span. The effect of age on sexual arousal and recidivism among sex offenders. *Ann N Y Acad Sci*. 2003; 989: 59-71.

- Barratt E. Barratt Impulsiveness Scale (BIS-11). In: American Psychiatric Association. *Handbook of psychiatric measures*. Washington: American Psychiatric Association; 2000. p. 691-693.
- Bartosh DL, Garby T, Lewis D, Gray S. Differences in the predictive validity of actuarial risk assessments in relation to sex offender type. *Int J Offender Ther Comp Criminol*. 2003; 47 (4): 422-438.
- Beauregard E, Proulx J. Profiles in the offending process of nonserial sexual murderers. *Int J Offender Ther Comp Criminol*. 2002; 46 (4): 386-399.
- Bengtsson O. Child & adolescent psychiatry and child sexual abuse. *Arctic Med Res*. 1994; 53 (1): S57-62.
- Bitencourt CR. *Falência da pena de prisão*. São Paulo: Saraiva; 2004.
- Bouhet B, Pérard D, Zorman M. Da importância dos abusos sexuais na França. In: Gabel M, editor. *Crianças vítimas de abuso sexual*. São Paulo: Summus; 1997. p. 29-42.
- Bradley SJ. *Affect regulation and the development psychopathology*. London: The Guilford Press; 2000.
- Brasil. *Estatuto da Criança e do Adolescente, lei n. 8.069 de 13 de julho de 1990*. 8a ed. São Paulo: Atlas; 1999.
- Brecklin LR, Ullman SE. The roles of victim and offender alcohol use in sexual assaults: results from the National Violence Against Women Survey. *J Stud Alcohol*. 2002; 63 (1): 57-63.
- Brown SL, Forth AE. Psychopathy and sexual assault: static risk factors, emotional precursors, and rapist subtypes. *J Consult Clin Psychol*. 1997; 65 (5): 848-857.
- Burgess AW, Hazelwood RR, Rokous FE, Hartman CR, Burgess AG. Serial rapists and their victims: reenactment and repetition. *Ann N Y Acad Sci*. 1988; 528: 277-295.
- Cabaj RP. Substance abuse in gay men, lesbians, and bisexuals. In: Cabaj RP, Stein TS, editors. *Textbook of homosexuality and mental health*. Washington: America Psychiatric Press; 1996. p. 783-800.
- Campbell R, Wasco SM. Understanding rape and sexual assault: 20 years of progress and future directions. *J Interpers Violence*. 2005; 20 (1): 127-131.
- Carnes P. *Out of the shadows: understanding sexual addiction*. Minneapolis: CompCare; 1983.

Castel S, Formigoni MLOS. Escalas para avaliação de tratamentos para dependência de álcool e outras drogas. In: Gorenstein C, Andrade LHSG, Zuardi AW, editores. *Escalas de avaliação em psiquiatria e psicofarmacologia*. São Paulo: Lemos; 2000. p. 287-289.

Cherek DR, Moeller FG, Dougherty DM, Rhoades H. Studies of violent and nonviolent male parolees. II. Laboratory and psychometric measurements of impulsivity. *Biol Psychiatry*. 1997; 41 (5): 523-529.

Chiswick D. Sex crimes. *Brit J Psychiatry*. 1983; 143: 236-242.

Coleman E, Dwyer SM, Abel G, Berner W, Breiling J, Eher R, Hindman J, Langevin R, Langfeldt T, Miner M, Pfäfflin F, Weiss P. Standards of care for the treatment of adult sex offenders. In: Coleman E, Miner M, editors. *Sexual offender treatment. Biopsychosocial perspectives*. London: The Haworth Press; 2000. p. 11 – 17.

Coleman E, Miner M. *Sexual offender treatment. Biopsychosocial perspectives*. New York: The Haworth Press; 2000.

Cordech J. *Psiquiatria dinamica*. Barcelona: Herder; 1991.

Craissati J, Beech A. The characteristics of a geographical sample of convicted rapists: sexual victimization and compliance in comparison to child molesters. *J Interpers Violence*. 2004; 19 (4): 371-388.

Craissati J, McClurg G, Browne K. The parental bonding experiences of sex offenders: a comparison between child molesters and rapists. *Child Abuse Negl*. 2002; 26 (9): 909-921.

Curtin F, Niveau G. Psychosocial profile of swiss sexual offenders. *J Forensic Sci*. 1999; 43 (4): 755-9.

Cury M. *Estatuto da Criança e do Adolescente comentado*. 7a ed. São Paulo: Malheiros; 2005.

Da Silveira DX, Vieira AC, Palomo V, Silveira ED. Escala de rastreamento para dependência de sexo – validade de critério e confiabilidade da versão brasileira. In: Gorenstein C, Andrade LHSG, Zuardi AW, editores. *Escalas de avaliação clínica em psiquiatria e psicofarmacologia*. São Paulo: Lemos; 2000. p. 321-328.

Dawkins MP. Drug use and violent crime among adolescents. *Adolescence*. 1997; 32 (126): 395-405.

Derogatis LR, Fagan PJ, Strand JG. Sexual disorders measures. In: American Psychiatric Association. *Handbook of psychiatric measures*. Washington: American Psychiatric Association; 2000. p. 631-646.

Donnelly J, Golfarb ES, Ferraro H, Eadie C, Duncan DF. Assessing sexuality attitudes and behaviors and correlates of alcohol and drugs. *Psychol Rep*. 2001; 88 (3): 849-853.

Doyle JP, Frank E, Saltzman LE, McMahon PM, Fielding BD. Domestic violence and sexual abuse in women physicians: associated medical, psychiatric and professional difficulties. *J Women Health Gend Based Med*. 1999; 8 (7): 955-965.

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

Eher R, Aigner M, Fruehwald S, Frottier P, Gruenhut C. Social information processed self-perceived aggression in relation to brain abnormalities in a sample of incarcerated sexual offenders. In: Coleman E, Miner M, editors. *Sexual offender treatment. Biopsychosocial perspectives*. London: The Haworth Press; 2000. p. 37-48.

Eher R, Neuwirth W, Fruehwald S, Frottier P. Sexualization and lifestyle impulsivity: clinically valid discriminators in sexual offenders. *Int J Offender Ther Comp Criminol*. 2003; 47 (4): 452-467.

El-Bassel N, Simoni JM, Cooper DK, Gilbert L, Schilling RF. Sex trading and psychological distress among women on methadone. *Psychol Addict Behav*. 2001; 15 (3): 177-184.

Eluf LN. *Crimes contra os Costumes e Assédio Sexual*. São Paulo: Jurídica Brasileira; 1999.

Ewing JA. Detecting alcoholism: the CAGE questionnaire. *JAMA*. 1984; 252 (14): 1905-1907.

Fagan PJ. *Sexual Disorders. Perspectives on diagnosis and treatment*. Baltimore: The Johns Hopkins University Press; 2004.

Fergusson DM, Horwood LJ, Lynskey MT. Childhood sexual abuse and psychiatric disorder in young adulthood: Psychiatric outcomes of childhood sexual abuse. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 1996; 35 (10): 1365-1374.

Finney A. *Alcohol and intimate partner violence: key findings from the research*. Home Office Findings. London: HMSO; 2003: 216.

- Firestone P, Nunes KL, Moulden H, Broom I, Bradford JM. Hostility and recidivism in sexual offenders. *Arch Sex Behav*. 2005; 34 (5): 277-283.
- Fischer L, Smith G. Statistical adequacy of the Abel Assessment for Interest in Paraphilia. *Sex Abuse*. 1999; 11 (3): 195-205.
- França GV. *Medicina Legal*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2001.
- França Junior I. Abuso sexual na infância: compreensão a partir da epidemiologia e dos direitos humanos. *Comunic, Saúde, Educ*. 2003; 7 (12): 23-38.
- Frenken J. Sexual offender treatment in Europe: na impression of cross-cultural differences. *Sex Abuse*. 1999; 11 (1): 83-87.
- Fuller AK . Child molestation and pedophilia. An overview for the physician. *JAMA*. 1989; 261 (4): 602-6.
- Gabel M. *Crianças vítimas de abuso sexual*. São Paulo: Summus; 1997: 9-14.
- Gavin DR, Ross HE, Skinner HA. Diagnostic validity of Drug Abuse Screening Test in the assessment of DSM-III drug disorders. *Br J Addict*. 1989; 84 (3): 301-307.
- Gibbons P, de Volder J, Casey P. Patterns of denial in sex offenders: a replication study. *J Am Acad Psychiatry Law*. 2003; 31 (3): 336-344.
- Gijs L, Gooren L. Hormonal and psychopharmacological interventions in the treatment of paraphilias: an update. *J Sex Res*. 1996; 33 (4): 273-290.
- Giotakos O, Bourtsoukli P, Paraskeyopoulou T, Spandoni P, Stasinou S, Boulougouri D, Spirakou E. Prevalence and risk factors of HIV, hepatitis B and hepatitis C in a forensic population of rapists and child molesters. *Epidemiol Infect*. 2003a; 130 (3): 497-500.
- Giotakos O, Markianos M, Vaidakis N, Christodoulou GN. Aggression, impulsivity, plasma sex hormones, and biogenic amine turnover in a forensic population of rapists. *J Sex Marital Ther*. 2003b; 29 (3): 215-225.
- Goldstein PJ. Drugs, violence, and federal funding: a research odyssey. *Subst Use Misuse*. 1998; 33 (9): 1915-1936.
- Gross AM, Bennett T, Sloan L, Marx BP, Juergens J. The impact of alcohol and alcohol expectancies on male perception of female arousal in a date rape analog. *Exp Clin Psychopharmacol*. 2001; 9 (4): 380-388.
- Guay JP, Proulx J, Cusson M, Ouimet M. Victim-choice polymorphism among serious sex offenders. *Arch Sex Behav*. 2001; 30 (5): 521-533.

- Guimarães IS. *Direito Penal Sexual. Fundamentos & fontes*. Curitiba: Juruá; 2003.
- Gusmão C. *Dos Crimes Sexuais*. 6a ed. Rio de Janeiro: Freitas Bastos; 2001.
- Haapasalo J, Kankkonen M. Self-reported childhood abuse among sex and violent offenders. *Arch Sex Behav*. 1997; 26 (4): 421-431.
- Halkitis PN, Parsons JT. Intentional unsafe sex (barebacking) among HIV-positive gay men who seek sexual partners on the internet. *AIDS Care*. 2003; 15 (3): 367-378.
- Hall GCN, Proctor WC. Criminological predictors of recidivism in a sexual offender population. *J Consult Clin Psychol*. 1987; 55 (1): 111-112.
- Halpérin DS, Bouvier P, Jaffé PD, Mounoud RL, Pawlak CH, Laederach J, Wicky HR, Astie F. Prevalence of child sexual abuse among adolescents in Geneva. Results of a cross sectional survey. *BMJ*. 1996; 312 (7042): 1326-9.
- Hanson RK, Bussière MT. Predicting relapse: a meta-analysis of sexual offender recidivism studies. *J Consult Clin Psychol*. 1998; 66 (2): 348-362.
- Hanson RK, Morton KE, Harris AJR. Sexual offender recidivism risk: what we know and what we need to know. *Ann N Y Acad Sci*. 2003; 989: 154-166.
- Hanson RK, Thornton D. Improving risk assessments for sex offenders: a comparison of three actuarial scales. *Law Hum Behav*. 2000; 24 (1): 119-136.
- Harris GT, Rice ME. Actuarial assessment of risk among sex offenders. *Ann N Y Acad Sci*. 2003; 989: 198-210.
- Harris GT, Rice ME, Quinsey VL, Lalumière ML, Boer D, Lang C. A multisite comparison of actuarial risk instruments for sex offenders. *Psychol Assess*. 2003; 15 (3): 413-425.
- Haywood TW, Grossman LS, Hardy DW. Denial and social desirability in clinical evaluations of alleged sex offenders. *J Nerv Ment Dis*. 1993; 181 (3): 183-188.
- Heil P, Ahlmeyer S, Simons D. Crossover sexual offenses. *Sex Abuse*. 2003; 15 (4): 221-236.
- Hernandez-Avila CA, Burlison JA, Poling J, Tennen H, Rounsaville BJ, Kranzler HR. Personality and substance use disorders as predictors of criminality. *Compr Psychiatry*. 2000; 41 (4): 276-283.
- Hollander E, Rosen J. Impulsivity. *J Psychopharmacol*. 2000; 14 (2): S39-44.

Jesus DE. *Código Penal comentado*. São Paulo: Saraiva; 2002.

Johnson TJ, Stahl C. Sexual experiences associated with participation in drinking games. *J Gen Psychol*. 2004; 131 (3): 304-320.

Johnston JR ; Girdner LK, Sagatun-Edwards I. Development profiles of risk for parental abduction of children from a comparison of families victimized by abduction with families litigating custody. *Behav Sci Law*. 1999; 17 (3): 305-22.

Jorge MR, Masur J. Questionários padronizados para avaliação do grau de severidade da Síndrome de Dependência de Álcool. *J Bras Psiq*. 1986; 35 (5): 287-292.

Karpman B. *The Sexual offender and his offenses. Etiology, pathology, psychodynamics and treatment*. New York: The Julian Press; 1960.

Kavoussi RJ, Coccaro EF. Biology and pharmacology treatment of impulsive-control disorders. In: Oldham JM, Hollander E, Skodol AE. *Impulsivity and Compulsivity*. Washington: American Psychiatric Press; 1996. p. 119-142

Keenan T, Ward T. Developmental antecedents of sexual offenders. In: Ward T, Laws R, Hudson SM. *Sexual deviance*. London: Sage; 2001. p. 119-134.

King H. Preparando o terreno: sexologia grega e romana. In: Porter, R; Teich, M. *Conhecimento sexual, ciência sexual*. São Paulo: Unesp; 1997. p. 45-64.

Knight RA, Sims-Knight JE. The development antecedents of sexual coercion against women: testing alternative hypotheses with structural equation modeling. *Ann N Y Acad Sci*. 2003; 989: 72-85.

Långstrom N. Accuracy of actuarial procedures for assessment of sexual offender recidivism risk may vary across ethnicity. *Sex Abuse*. 2004; 16 (2): 107-120.

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

Lejoyeux M, Tassain V, Solomon J, Adès J. Study of compulsive buying in depressed patients. *J Clin Psychiatry*. 1997; 58 (4): 169-173.

Levenson JS, Macgowan MJ. Engagement, denial, and treatment progress among sex offenders in group therapy. *Sex Abuse*. 2004; 16 (1): 49-63.

Leventhal JM. Epidemiology of sexual abuse of children: old problems, new directions. *Child Abuse Negl*. 1998; 22 (6): 481-491.

Lieverse R, Gooren LJG, Assies J. The psychoneuroendocrinology of (sexual) aggression. In: Coleman E, Miner M, editors. *Sexual offender treatment. Biopsychosocial perspectives*. London: The Haworth Press; 2000. p. 19 – 36.

Lo CC, Stephens RC. The role of drugs in crime: insights from a group of incoming prisoners. *Subst Use Misuse*. 2002; 37 (1): 121-131

Looman J, Abracen J, DiFazio R, Maillet G. Alcohol and drug abuse among sexual and nonsexual offenders: relationship to intimacy deficits and coping strategy. *Sex Abuse*. 2004; 16 (3): 177-189.

Lundqvist G, Svedin CG, Hansson K. Childhood sexual abuse. Women's health when starting in group therapy. *Nord J Psychiatry*. 2004; 58 (1): 25-32

Lung FW, Huang SF. Psychosocial characteristics of criminals committing incest and other sex offenses: a survey in a Taiwanese prison. *Int J Offender Ther Comp Criminol*. 2004; 48 (5): 554-560.

Lynam DR, Caspi A, Moffitt TE, Wikström PO, Loeber R, Novak S. The interaction between impulsivity and neighborhood context on offending: the effects of impulsivity are stronger in poorer neighborhoods. *J Abnorm Psychol*. 2000; 109 (4): 563-574.

Machado ACC, Copelli MAG. *Jurisprudência de Direito Penal e Processo Penal*. São Paulo: Siciliano Jurídico; 2004.

Maes M, De Vos N, Van Hunsel F, Van West D, Westenberg H, Cosyns P, Neels H. Pedophilia is accompanied by increased plasma concentrations of catecholamines, in particular epinephrine. *Psychiatry Res*. 2001; 103 (1): 43-49.

Marques JK, Wiederanders M, Day DM, Nelson C, Van Ommeren A. Effects of a relapse prevention program on sexual recidivism: final results from California's sex offender treatment and evaluation project (SOTEP). *Sex Abuse*. 2005; 17 (1): 79-107.

Martin SE, Bryant K. Gender differences in the association of alcohol intoxication and illicit drug abuse among persons arrested for violent and property offenses. *J Subst Abuse*. 2001; 13 (1): 563-581.

Masur J, Monteiro MG. Validation of the "CAGE" Alcoholism screening test in a Brazilian psychiatric inpatient hospital setting. *Braz J Med Biol Res*. 1983; 16 (3): 215-218.

McCabe MP, Wauchope M. Behavioral characteristics of men accused of rape: evidence for different types of rapists. *Arch Sex Behav*. 2005; 34 (2): 241-253.

McElroy SL, Soutullo CA, Taylor P, Nelson EB, Beckman DA, Brusman LA, Ombada JM, Strakowski SM, Keck PE. Psychiatric features of 36 men convicted of sexual offenses. *J Clin Psychiatry*. 1999; 60 (6): 414-420.

McMurran M, Hollin CR. The Short Alcohol Dependence Data (SADD) questionnaire: norms and reliability data for male young offenders. *Brit J Addict*. 1989; 84 (3): 315-318.

Miccio-Fonseca LC. Adult and adolescent female sex offenders: experiences compared to other female and male sex offenders. In: Coleman E, Miner M, editors. *Sexual offender treatment. Biopsychosocial perspectives*. London: The Haworth Press; 2000. p. 75-88.

Moeller FG, Dougherty DM, Barratt ES, Schmitz JM, Swann AC, Grabowski J. The impact of impulsivity on cocaine use and retention in treatment. *J Subst Abuse Treat*. 2001; 21 (4): 193-198.

Monteiro AL. *Crimes Hediondos*. São Paulo: Saraiva; 1999.

Murray JB. Psychological profile of pedophiles and child molesters. *J Psychol*. 2000; 134 (2): 211-224.

Okulate G, Olayinka O, Dogunro AS. Erectile dysfunction: prevalence and relationship to depression, alcohol abuse and panic disorder. *Gen Hosp Psychiatry*. 2003; 25 (3): 209-213.

Oliveira J. *Código Penal*. São Paulo: Saraiva; 1994.

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

Overholser JC, Beck S. Multimethod assessment of rapists, child molesters, and three control groups on behavioral and psychological measures. *J Consult Clin Psychol*. 1986; 54 (5): 682-687.

Peugh J, Belenko S. Examining the substance use patterns and treatment needs of incarcerated sex offenders. *Sex Abuse*. 2001; 13(3): 179-195.

Polanczyk GV, Zavaschi ML, Benetti S, Zenker R, Gammerman PW. Violência sexual e sua prevalência em adolescentes de Porto Alegre, Brasil. *Rev Saúde Pública*. 2003; 37 (1): 8-14.

Polaschek DLL. The classification of sex offenders. In: Ward T, Laws DR, Hudson SM, editors. *Sexual deviance*. London: SAGE; 2003. p. 154-171.

- Poldrugo F. Alcohol and criminal behaviour. *Alcohol Alcohol*. 1998; 66 (2): 12-15.
- Pope VT. Prevalence of childhood and adolescent sexual abuse among sex offenders. *Psychol Rep*. 2001; 89 (2): 355-362.
- Potegal M, Hebert M, DeCoster M, Meyerhoff JL. Brief, high-frequency stimulation of the corticomedial amygdala induces a delayed and prolonged increase of aggressiveness in male Syrian golden hamsters. *Behav Neurosci*. 1996; 110 (2): 401-412.
- Prentky RA, Burgess AW, Rokous F, Lee A, Hartman C, Ressler R, Douglas J. Presumptive role of fantasy in serial sexual homicide. *Am J Psychiatry*. 1989; 146 (7): 887-891.
- Quinsey VL. The etiology of anomalous sexual preferences in men. *Ann N Y Acad Sci*. 2003; 989: 105-117.
- Quinsey VL, Harris GT, Rice ME, Cormier CA. *Violent offenders – Appraising and managing risk*. Washington: American Psychological Association; 2003.
- Raistrick D, Dunbar G, Davidson R. Development of a questionnaire to measure alcohol dependence. *Br J Addict*. 1983; 78 (1): 89-95.
- Rice ME, Harris GT. Men who molest their sexually immature daughters: is a special explanation required? *J Abnorm Psychol*. 2002; 111 (2): 329-339.
- Richardson A, Budd T. Young adults, alcohol, crime and disorder. *Crim Behav Ment Health*. 2003; 13 (1): 5-16.
- Rosenthal DA, Smith AM, De Visser R. Personal and social factors influencing age at first sexual intercourse. *Arch Sex Behav*. 1999; 28 (4): 319-333.
- Rounsaville BJ, Poling J. Substance use disorders measures. In: American Psychiatric Association. *Handbook of psychiatric measures*. Washington: American Psychiatric Association; 2000. p. 457-484.
- Rowland DL, Greenleaf WJ, Dorfman LJ, Davidson JM. Aging and sexual function in men. *Arch Sex Behav*. 1993; 22 (6): 545-557.
- Salter D, McMillan D, Richards M, Talbot T, Hodges J, Bentovim A, Hastings R, Stevenson J, Skuse D. Development of sexually abusive behaviour in sexually victimised males: a longitudinal study. *Lancet*. 2003; 361 (9356): 471-476.
- Schei B. Prevalence of sexual abuse history in a random sample of norwegian women. *Scand J Soc Med*. 1990; 18 (1): 63-68.

Schneider JP. How to recognize the signs of sexual addiction: asking the right questions may uncover serious problems. *Postg Med.* 1991; 90 (1): 171-182.

Schraiber LB, D'Oliveira AFPL, França-Junior I, Pinho AA. Violência contra a mulher: estudo em uma unidade de atenção primária à saúde. *Rev Saúde Pública.* 2002; 36 (4): 470-477.

Scott KD, Schafer J, Greenfield TK. The role of alcohol in physical assault perpetration and victimization. *J Stud Alcohol.* 1999; 60 (4): 528-536.

Seiden AM, Shaugnessy RA. Condições especiais às mulheres. In: Flaherty JA, Davis JM, Janicak PG, editores. *Psiquiatria – diagnóstico e tratamento.* Porto Alegre: Artes Médicas; 1995. p. 357-373.

Siegel LJ. *Criminology: theories, patterns, & typologies.* Belmont: Wadsworth / Thomson Learning; 2004.

Sinha R, Easton C. Substance abuse and criminality. *J Am Acad Psychiatry Law.* 1999; 27 (4): 513-526.

Souza, CA. *Atentado Violento ao Pudor.* São Paulo: Thomson; 2004.

Stall R, Paul JP, Greenwood G, Pollack LM, Bein E, Crosby GM, Mills TC, Binson D, Coates TJ, Catania JÁ. Alcohol use, drug use and alcohol-related problems among men who have sex with men: the urban men's health study. *Addiction.* 2001; 96 (11): 1589-1601.

Stevens, DJ. *Inside mind of sexual offenders: predatory rapists, pedophiles, and criminal profiles.* New York: Authors Choice Press; 2001.

Strote J, Lee JE, Wechsler H. Increasing MDMA using among college students: results of a national survey. *J Adolesc Health.* 2002; 30 (1): 64-72.

Studer LH, Aylwin AS, Reddon JR. Testosterone, sexual offense recidivism, and treatment effect among adult male sexual offenders. *Sex Abuse.* 2005; 17 (2): 171-181.

Summary of sex offender characteristics. Ohio Department of Rehabilitation and Correction. Bureau of Research Publication. 1992 April 15 – June 12 [cited 1995 November];1(1):[15screens]. Available from: <http://www.drc.state.oh.us/web/reports/sexo ffind.pdf>

Swartz JA, Lurigio AJ. Final thoughts on IMPACT: a federally funded, jail-based, drug-user-treatment program. *Subst Use Misuse.* 1999; 34 (6): 887-906.

- Sznick V. *Assédio Sexual e Crimes Sexuais Violentos*. São Paulo: Ícone; 2001.
- Sznick V. *Manual de Direito Penal*. São Paulo: Livraria e Editora Universitária de Direito; 2002.
- Tabachnick BG, Fidell LS. *Using multivariate statistics*. 4a ed. London: Allyn and Bacon; 2001.
- Taylor P. Addictions and dependencies, their association with offending. In: Gunn J, Taylor P. *Forensic psychiatry. Clinical, legal and ethical issues*. London: Butterworth-Heinemann; 1995. p. 435-489.
- Testa M. The impact of men's alcohol consumption on perpetration of sexual aggression. *Clin Psychol Rev*. 2002; 22 (8): 1239-1263.
- Tomkiewicz S. Violências e abusos sexuais em instituições para crianças e adolescentes. In: Gabel M. *Crianças vítimas de abuso sexual*. São Paulo: Summus; 1997. p. 82-90.
- Ullman SE. A comparison of gang and individual rape incidents. *Violence Vict*. 1999; 14 (2): 123-133.
- Vandiver DM, Kercher G. Offender and victim characteristics of registered female sexual offenders in Texas: a proposed typology of female sexual offenders. *Sex Abuse*. 2004; 16 (2): 121-137.
- Wacquant L. *As prisões da miséria*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar; 2001.
- Walmsley R, White K. *Sexual offenses, consent and sentencing: home office research study*. London: HMSO; 1979.
- Ward T, McCormack J, Hudson SM. Sexual offenders' perceptions of their early interpersonal relationships: an attachment perspective. *J Sex Res*. 2002; 39 (2): 85-93.
- Weeks R, Widom CS. Self-reports of early childhood victimization among incarcerated adult male felons. *J Interpers Violence*. 1998; 13 (3): 346-362.
- West J, Templer DI. Child molestation, rape, and ethnicity. *Psychol Rep*. 1994; 75 (3): 1326.
- Widom CS, Hiller-Sturmhöfel S. Alcohol abuse as a risk factor for and consequence of child abuse. *Alcohol Res Health*. 2001; 25 (1): 52-57.

Widom CS, Weiler BL, Cottler LB. Childhood victimization and drug abuse: a comparison of prospective and retrospective findings. *J Consult Clin Psychol.* 1999; 67 (6): 867-880.

Wyllie E, Glazer JP, Benbadis S, Kotagal P, Wolgamuth B. Psychiatric features of children and adolescents with pseudoseizures. *Arch Pediatr Adolesc Med.* 1999; 153 (3): 244-8.