

Pedofilia – considerações atuais

Giancarlo Spizzirri¹

Programa de Estudos em Sexualidade (ProSex) do Instituto de Psiquiatria do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo

INTRODUÇÃO

A pedofilia é um distúrbio psiquiátrico, classificado como um transtorno de preferência sexual pela Classificação Internacional das Doenças na sua 10ª edição (CID-10)¹ ou uma parafilia pelo Manual Diagnóstico e Estatístico dos Transtornos Mentais 4ª Edição (DSM-IV-TR).² Caracteriza-se por comportamentos, fantasias e/ou pensamentos sexuais recorrentes, intensos e sexualmente excitantes, por período igual ou superior a seis meses e que envolvam pessoas de até 12 anos de idade. Alguns pedófilos são atraídos por meninas apenas, outros apenas por meninos e outros se interessam por ambos os gêneros.^{1,2} É uma condição crônica que geralmente se inicia na adolescência e persiste ao longo da vida, sendo mais frequente em homens do que em mulheres.^{3,4}

A pedofilia é um tema controverso. Pedófilo seria aquele indivíduo que tem atração sexual exclusivamente por crianças. Alguns autores classificam esse tipo como “permanente”. Também há aqueles que apresentam esses sintomas quando estão diante de situações estressantes, sendo considerados do tipo ‘regressivo’. Há, também, aqueles que molestam crianças sem fins estritamente sexuais.⁵

Em nossos dias a pedofilia, mais do que nunca, constitui fonte de grande preocupação em diversos segmentos da sociedade. Para vencer esse grande desafio, maior conhecimento sobre etiologia, quadro clínico e tratamento se faz necessário.

ETIOLOGIA – CONSIDERAÇÕES ATUAIS

A etiologia desse distúrbio permanece pouco esclarecida. Pesquisas atuais, entretanto, apontam alterações neurológicas, hormonais e psicodinâmicas envolvidas nessa gênese, como salientamos a seguir:

a) Fatores neurológicos

Diminuição considerável do volume e da massa cinzenta da amígdala direita, do hipotálamo bilateral, das regiões septais, da substância *innominata* e do núcleo da estria terminal foi observada em pedófilos e pode refletir alterações ou agressões do ambiente, em períodos críticos do desenvolvimento psicossocial.⁶

Observou-se também que pedófilos apresentam diminuição do volume da massa cinzenta do núcleo estriado ventral (estendendo-se ao núcleo *accumbens*), do córtex orbitofrontal e

do cerebelo. Essas observações indicam associação entre anormalidades da morfometria fronto-estriatal e pedofilia.⁷

Quando se comparam indivíduos com interesses sexuais heterossexuais com parafilicos, verificam-se alterações eletroencefalográficas em diferentes áreas corticais, como reação à estimulação erótica visual.⁸ Aumento anormal do ritmo alfa e diminuição da atividade em áreas frontais também foi observado em pedófilos quando estão na presença de crianças.⁹

A ressonância magnética funcional de pedófilos revela que diversas regiões cerebrais são ativadas ou inibidas, durante a estimulação erótica visual.^{10,11} Há evidências de que o lobo frontal occipital superior e o fascículo arqueado conectem as regiões corticais da resposta à estimulação sexual, indicando que aquelas regiões corticais operam como uma rede no reconhecimento dos estímulos sexuais relevantes e que a pedofilia resulta de uma desconexão parcial desta rede.¹¹

b) Fatores hormonais

Observa-se aumento dos níveis de testosterona, especialmente naqueles pedófilos que apresentam conduta agressiva.¹² Também se tem evidenciado maior índice de hormônio luteinizante em pedófilos, quando comparados com parafilicos não pedófilos e não parafilicos, o que indica uma disfunção no eixo hipotalâmico-hipofisário-gonadal.¹³

Maiores níveis de prolactina foram identificados numa amostra de 528 homens criminosos sexuais, entre eles, os pedófilos.¹⁴

c) Aspectos psicodinâmicos

História de abuso sexual e/ou emocional na infância é recorrente e contribui para a compreensão das causas da pedofilia: as primeiras experiências ou fantasias sexuais, sejam gratificantes ou não, podem influenciar comportamentos futuros.⁵

Pesquisas atuais indicam que parafilicos (entre eles os pedófilos) e criminosos sexuais advêm de famílias mais numerosas e seus pais tendem a serem mais velhos na ocasião de seus nascimentos.¹⁵

DIAGNÓSTICO

O diagnóstico da pedofilia está fundamentado na história e no exame psíquico do paciente, destacando-se os diversos aspectos da anamnese sexual.⁵ Investigação recente concluiu que

¹ Mestre em Medicina pela Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (FMUSP) e professor do curso de Especialização em Sexualidade Humana pela FMUSP. Membro da equipe do Programa de Estudos em Sexualidade (ProSex).

a utilização de pornografia infantil é um forte indicativo de que o usuário poderá molestar crianças sexualmente.¹⁶

Cogita-se associação entre pedofilia e transtornos da personalidade, entretanto, não há alteração que seja diagnóstica e que caracterize todos os casos.⁵

TRATAMENTO

A administração de antidepressivos tricíclicos ou inibidores seletivos da recaptção da serotonina (fluoxetina, principalmente) em altas doses é amplamente citada na literatura como recurso terapêutico relevante. Acompanhamento psicoterapêutico individual e/ou grupal é essencial no acompanhamento dessas condições.^{5,17-19}

Novas possibilidades de tratamento estão sendo pesquisadas e aplicadas, como a utilização de hormônios antiandrogênicos e o acetato de leuprolida, preferencialmente em pacientes pedófilos abusadores sexuais.²⁰

INFORMAÇÕES

Endereço para correspondência:

Giancarlo Zpizzirri
Projeto Sexualidade (ProSex)
Rua Ovídio Pires de Campos, 785 – 4º andar
São Paulo (SP)
CEP 01060-970
Tel. (11) 3069-6982
E-mail: giancki@uol.com.br

Fontes de fomento: nenhuma

Conflito de interesse: nenhum

REFERÊNCIAS

1. Organização Mundial da Saúde. Classificação de transtornos mentais e de comportamento da CID-10. 10ª ed. Porto Alegre: Artmed; 1993.
2. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-IV). 4th ed. Washington: American Psychiatric Association; 2002.
3. Quinsey VL. The etiology of anomalous sexual preferences in men. *Ann N Y Acad Sci.* 2003; 989:105-17; discussion 144-53.
4. Studer LH, Aylwin AS. Pedophilia: the problem with diagnosis and limitations of CBT in treatment. *Med Hypotheses.* 2006;67(4):774-81.
5. Hughes JR. Review of medical reports on pedophilia. *Clin Pediatr (Phila).* 2007;46(8):667-82.
6. Schiltz K, Witzel J, Northoff G, et al. Brain pathology in pedophilic offenders: evidence of volume reduction in the right amygdala and related diencephalic structures. *Arch Gen Psychiatry.* 2007;64(6):737-46.
7. Schiffer B, Peschel T, Paul T, et al. Structural brain abnormalities in the frontostriatal system and cerebellum in pedophilia. *J Psychiatr Res.* 2007;41(9):753-62.
8. Waismann R, Fenwick PB, Wilson GD, Hewett TD, Lumsden J. EEG responses to visual erotic stimuli in men with normal and paraphilic interests. *Arch Sex Behav.* 2003;32(2):135-44.
9. Schiffer B, Krueger T, Paul T, et al. Brain response to visual sexual stimuli in homosexual pedophiles. *J Psychiatry Neurosci.* 2008;33(1):23-33.
10. Walter M, Witzel J, Wiebking C, et al. Pedophilia is linked to reduced activation in hypothalamus and lateral prefrontal cortex during visual erotic stimulation. *Biol Psychiatry.* 2007;62(6):698-701.
11. Cantor JM, Kabani N, Christensen BK, et al. Cerebral white matter deficiencies in pedophilic men. *J Psychiatr Res.* 2008;42(3):167-83.
12. Kafka MP, Hennen J. Psychostimulant augmentation during treatment with selective serotonin reuptake inhibitors in men with paraphilias and paraphilia-related disorders: a case series. *J Clin Psychiatry.* 2000;61(9):664-70.
13. Briken P, Hill A, Berner W. Pharmacotherapy of paraphilias with long-acting agonists of luteinizing hormone-releasing hormone: a systematic review. *J Clin Psychiatry.* 2003;64(8):890-7.
14. Studer LH, Aylwin AS. Elevated prolactin levels among adult male sex offenders. *Psychol Rep.* 2006;98(3):841-8.
15. Langevin R, Langevin M, Curnoe S. Family size, birth order, and parental age among male paraphiliacs and sex offenders. *Arch Sex Behav.* 2007;36(4):599-609.
16. Seto MC, Cantor JM, Blanchard R. Child pornography offenses are a valid diagnostic indicator of pedophilia. *J Abnorm Psychol.* 2006;115(3):610-5.
17. Kafka MP. The monoamine hypothesis for the pathophysiology of paraphilic disorders: an update. *Ann N Y Acad Sci.* 2003;989:86-94; discussion 144-53.
18. Saleh FM, Guidry LL. Psychosocial and biological treatment considerations for the paraphilic and nonparaphilic sex offender. *J Am Acad Psychiatry Law.* 2003;31(4):486-93.
19. Rösler A, Witztum E. Pharmacotherapy of paraphilias in the next millennium. *Behav Sci Law.* 2000;18(1):43-56.
20. Saleh FM, Niel T, Fishman MJ. Treatment of paraphilia in young adults with leuprolide acetate: a preliminary case report series. *J Forensic Sci.* 2004;49(6):1343-8.

Data de entrada: 27/11/2009

Data da última modificação: 27/11/2009

Data de aceitação: 14/12/2009

RESUMO DIDÁTICO

1. A pedofilia é um transtorno mental caracterizado por fantasias e/ou comportamentos sexuais intensos e sexualmente excitantes por um período superior ou igual a seis meses, envolvendo pessoas de até 12 anos de idade.
2. A etiologia desse distúrbio permanece pouco esclarecida. Pesquisas atuais apontam alterações neurológicas, hormonais e psicodinâmicas envolvidas nessa gênese.
3. Diminuição considerável do volume da massa cinzenta da amígdala direita e do núcleo estriado ventral foi observada em pedófilos.
4. A ressonância magnética funcional e eletroencefalográfica de pedófilos revela que diferentes regiões cerebrais são ativadas ou inibidas durante a estimulação erótica visual.
5. Observa-se aumento dos níveis de testosterona especialmente nos pedófilos que apresentam conduta agressiva.
6. História de abuso sexual e/ou emocional na infância é frequente em pedófilos e contribui para a compreensão das causas da pedofilia.