

A TERAPIA COGNITIVA COMPORTAMENTAL: UM OLHAR SOBRE SUJEITOS QUE OFENDEM SEXUALMENTE CRIANÇAS DO MESMO CONTEXTO FAMILIAR

Julia Vidal Medeiros¹

COGNITIVE BEHAVIORAL THERAPY: A CLOSER LOOK AT RELATIVES WHO SEXUALLY ABUSE CHILDREN FROM THEIR FAMILIES

TERAPIA COGNITIVO CONDUCTUAL: UNA MIRADA A LOS SUJETOS QUE ABUSAN SEXUALMENTE DE NIÑOS DEL MISMO CONTEXTO FAMILIAR

Resumo: A violência sexual infantil é um importante problema de saúde pública no Brasil. Dados apontam maior incidência no próprio ambiente intrafamiliar, com relação de vínculo afetivo entre o agredido(a) e o ofensor sexual. Assim, o presente trabalho teve como objetivo compreender o que leva os indivíduos ofenderem sexualmente crianças do mesmo contexto familiar segundo a terapia cognitivo comportamental. Constituiu-se de uma revisão da literatura de produções científicas publicadas de 2008 a 2018, nas principais bases de dados nacionais. Os dados mostraram que a maioria dos ofensores são do sexo masculino, adulto, com laços de confiança e cuidado com a vítima. Com motivações ligadas à manifestação de fantasias sexuais, distorções cognitivas e comportamento impulsivo frente a estresse psíquico, devido a possíveis causas biológicas, temperamentais e ambientais. São necessárias intervenções multidisciplinares com foco na abordagem cognitiva comportamental.

Palavras-chave: Abuso sexual na infância. Terapia cognitiva comportamental. Delitos sexuais.

Abstract: Sexual abuse of children is an important public health problem in Brazil, often involving in the intrafamily environment, with a relationship of affective attachment between the victim and the sexual aggressor. Thus, the present study aimed to understand what leads individuals to sexually abuse children of the same family context according to cognitive behavioral therapy. It is a review of the literature of published scientific productions from 2008 to 2018, in the main national databases. The data showed that most of the aggressors are male, adult, with ties of trust and care for the victim. With motivations linked to the manifestation of sexual fantasies, cognitive distortions and impulsive behavior towards psychic stress, due to possible biological, temperamental and environmental causes. Multidisciplinary interventions are needed with a focus on the Behavioral Cognitive Approach.

Keywords: Child abuse sexual. Cognitive behavioral therapy. Sex offenses.

Resumen: El abuso sexual infantil es un importante problema de salud pública en Brasil. Los datos indican una mayor incidencia en el entorno intrafamiliar, con un vínculo afectivo entre la víctima y el agresor sexual. Por lo tanto, el presente estudio tuvo como objetivo comprender qué lleva a las personas a abusar sexualmente de niños del mismo contexto familiar de acuerdo con la terapia cognitivo conductual. Consistió en una revisión de la literatura de producciones científicas publicada de 2008 a 2018, en las principales bases de datos nacionales. Los datos mostraron que la mayoría de los agresores son hombres, adultos, con vínculos de confianza y cuidado por la víctima. Con motivaciones vinculadas a la manifestación de fantasías sexuales, distorsiones cognitivas y conducta impulsiva frente al estrés psicológico, debido a posibles causas biológicas, temperamentales y ambientales. Se necesitan intervenciones multidisciplinares con un enfoque en el enfoque cognitivo conductual.

Palabras clave: Abuso sexual infantil. Terapia cognitiva conductual. Delitos sexuales.

¹ Graduada pela Pontifícia Universidade Católica de Campinas. Psicóloga Clínica, especialista em Terapia Cognitivo-Comportamental pelo Instituto de Psicologia e Controle do Stress de Campinas (IPCS). Profissional Certificada em Avaliação de Stress na Empresa pelo (IPCS). Pós-graduanda em Terapia Sexual no Centro Universitário Salesiano de São Paulo (Unisal). Atendimentos clínicos individuais de adultos e adolescentes, como também terapia de casal e familiar. E-mail: julia.vmedeiros@gmail.com

A violência sexual infantil

A Organização Mundial de Saúde (OMS) em 2002 define violência como o uso intencional da força física ou do poder, em forma de ameaça ou real, contra si próprio, contra outra pessoa, contra um grupo ou uma comunidade. E o comportamento resulte ou tenha alta possibilidade de resultar em dano físico, psicológico, morte, deficiência de desenvolvimento ou privação (KRUG et al., 2002, p. 5). Especifica ainda o conceito de violência sexual como todos os tipos de comportamentos voltados contra a sexualidade de uma pessoa usando a coação independente do vínculo com a vítima sexual e o cenário, ou seja, qualquer relação sexual, tentativa de obter um ato, comentários ou investidas sexuais indesejados, atos direcionados ao tráfico sexual, ou outra forma de coerção sexual (KRUG et al., 2002, p. 147).

A violência sexual infantil é considerada como todo jogo sexual, relação heterossexual ou homossexual, no qual o perpetrador tem por intenção utilizar ou estimular sexualmente a criança ou o pré-púbere para obter satisfação sexual. O agressor encontra-se em estágio de desenvolvimento psicossocial mais avançado que a vítima. O ato apresenta-se sob a forma de práticas eróticas e sexuais impostas à criança e ao adolescente pela força física, poder, ameaças ou indução de sua vontade. O fenômeno pode ser assim caracterizado desde os atos que não envolvam o contato sexual como é o *voyeurismo*, exibicionismo e produção de fotos, como também, ações que incluem contato sexual com ou sem penetração, e situações de exploração sexual visando lucros como a pornografia e a prostituição (BRASIL, 2002).

A prevalência dos casos de violência sexual infantil tem ocorrido no ambiente familiar, sendo o abuso intrafamiliar ou incestuoso aquele em que, dentro do ambiente doméstico, o agressor estabelece relacionamentos íntimos com a vítima. Comumente, é realizado por pessoas que exercem uma função de confiança, cuidado e poder com a vítima, com ou sem laços de consanguinidade. Assim, passam a ser possíveis agressores: pais, mães, irmãos, avós, tios, companheiros amorosos de membros familiares e cuidadores (DALGALARRONDO, 2008; HABIGZANG; CAMINHA, 2004). Demonstram ser confiáveis, não oferecerem perigo e desenvolverem laços afetivos com a vítima (SANDERSON, 2005).

Os termos “agressão” e “abuso sexual” são designações definidas juridicamente como crimes, com base na lei vigente em determinado período, local e cultura. Nesse sentido, essas terminologias são frutos de um constructo jurídico-social voltadas para um fato e não um constructo médico. Assim, os molestadores, agressores ou abusadores são termos referentes aos sujeitos condenados por crimes sexuais com base na definição jurídica vigente e não abarcam necessariamente pessoas com um

diagnóstico de transtorno mental, como, por exemplo, a pedofilia, ainda que alguns desses possam padecer de patologias associadas (CAMINHA et al., 2011; MARIN; BALTIERI, 2013).

Os agressores sexuais compõem uma população bastante heterogênea e possuem diferentes características, sendo difícil definir um padrão homogêneo de comportamentos sexuais. Categorizar esses sujeitos em alguns comportamentos ditos suspeitos e violentos é um risco, pois reduz um amplo leque de possibilidades e características violentas, bem como a possibilidade de medidas de segurança e tratamentos para casos em específicos (CAMINHA et al., 2011; MARIN; BALTIERI, 2013; SANDERSON, 2005).

Há ainda a possibilidade de critérios de diagnóstico sobre os sujeitos, mas muitos deixam de serem julgados e merecedores de medidas de segurança. Destacam-se em muitos casos o diagnóstico de transtornos mentais e síndromes que influenciam o ofensor agir assim, como o transtorno parafilico pedofílico, transtornos do humor, transtornos de personalidade, e síndromes relacionadas ao uso de substâncias psicoativas (MARIN; BALTIERI, 2013).

Existe uma distinção entre pedófilo e molestatador. O pedófilo tem sua base no transtorno psiquiátrico e envolve atração sexual exclusiva ou em parte, por crianças ou pré-púberes, e nem todos são molestadores. Além disso, nem todo molestatador de crianças é diagnosticado como tendo um transtorno pedofílico, pois o molestatador sem pedofilia abusa sexualmente da criança de forma oportunista, simplesmente por estarem disponíveis em um determinado momento e situação (MARIN; BALTIERI, 2013).

A American Psychiatric Association (APA) em 2014 descreve no *Manual de Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-V)* os conceitos para o diagnóstico do transtorno parafilico pedofílico. É necessário que o sujeito apresente fantasias sexualmente excitantes, impulsos sexuais ou comportamentos intensos e recorrentes envolvendo atividade sexual com crianças ou pré-púberes dentro de um período de pelo menos seis meses. Tenha no mínimo 16 anos de idade e seja pelo menos cinco anos mais velho que a vítima. Ademais, não inclui um indivíduo no fim da adolescência envolvido em relacionamento sexual contínuo com uma pessoa de 12 ou 13 anos de idade.

É imprescindível para o diagnóstico do transtorno pedofílico que a pessoa coloque em prática os seus impulsos sexuais com as vítimas, ou que suas fantasias sexuais gerem intenso sofrimento ou dificuldades interpessoais. Assim, ao analisar o possível diagnóstico de transtorno pedofílico no ofensor sexual ressaltam os diagnósticos diferenciais e de comorbidades que podem ser apresentados na avaliação do quadro. Além de fatores de risco e de prognóstico que influenciam o comportamento do agressor, como

os temperamentais, ambientais, genéticos e fisiológicos (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2014).

O indivíduo que jamais tenha colocado em prática seus desejos sexuais, como também não apresenta limitação funcional por seus impulsos parafilicos e ausência de sofrimento a esses impulsos, não implica em um diagnóstico de transtorno pedofílico, mas em uma orientação sexual pedofílica (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2014). Nesse caso, a pessoa apenas possui fantasias pedofílicas, sem nunca vir a realizar seus desejos (MARIN; BALTIERI, 2013; SERAFIM, 2008). Portanto, o termo “pedofilia” é um termo psiquiátrico que envolve uma parafilia, não implica necessariamente um transtorno e a prática de um ato criminoso.

Ademais, existem dois tipos de pedófilos: o abusador e o molestador. Quanto aos pedófilos abusadores, suas atitudes são mais sutis, discretas, menos invasivas na ofensa sexual e dificilmente agem com violência, já os pedófilos molestadores são sujeitos invasivos e frequentemente utilizam de violência para consumir o ato sexual, dividindo-se em dois grupos: os molestadores situacionais e os preferenciais (SERAFIM et al., 2009).

O pedófilo molestador situacional é oportunista e impulsivo, um pseudopedófilo. Ele não pode ser diagnosticado na acepção estrita do termo, em virtude da criança ou pré-púbere não ser especificamente o objeto central de suas fantasias sexuais, mas o que impele seu comportamento sexual é pela fragilidade da criança e dificuldade de ser descoberto enquanto busca satisfação sexual (excitação e desejo) ou não sexual (poder e raiva). Em contrapartida, o pedófilo molestador preferencial é persistente, compulsivo e específico. Faz o uso de violência extrema para sua satisfação sexual e suas fantasias só serão alcançadas se a vítima for uma criança (SERAFIM et al., 2009).

Nesse sentido, priorizou-se utilizar no trabalho o termo “ofensor sexual infantil” como referência a todo sujeito, que por algum motivo teve relações sexuais com crianças ou pré-púberes, independente da terminologia jurídica, com o propósito de compreender essas pessoas além do termo legal de crimes sexuais, mas dentro de um contexto científico e clínico.

Intervenções com o ofensor

Atualmente, no Brasil, a intervenção ocorre de forma estritamente punitiva. Autores apontam que a punição deve ocorrer, mas partem da premissa de que esses sujeitos necessitam de tratamento médico, farmacológico e psicológico. Além disso, consideram a Terapia Cognitiva Comportamental (TCC) como a abordagem terapêutica essencial para o tratamento dos ofensores (CAMINHA et al., 2011; MARIN; BALTIERI, 2013; SANDERSON, 2005).

Segundo as bases teóricas da TCC, o funcionamento humano é visto sob uma inter-relação entre

cognição, emoção e comportamento, sendo a cognição a base de todos as reações emocionais e comportamentais. Assim, ao longo da vida, o sujeito vai construindo e enraizando conceitos acerca de si, das pessoas e do mundo. Os conceitos envolvem um sistema de crenças e pressupostos cognitivos, que moldam o jeito de ser da pessoa, baseados em percepções e interpretações sobre si e a vida (KNAPP et al., 2008).

Com base no sistema de crenças e pressupostos, que podem ser tanto funcionais como disfuncionais, o sujeito desenvolve determinados pensamentos automáticos frente às diversas situações da vida, por conseguinte, reações emocionais e comportamentais surgem no indivíduo. Nesse sentido, diante de uma situação problema, pensamentos distorcidos poderão ser ativados e, conseqüentemente, desencadear emoções e comportamentos negativos para o sujeito e até para as pessoas do seu contexto social (BECK, 2013).

Logo, a intervenção terapêutica visa reestruturar as distorções cognitivas e identificar comportamentos associados a uma situação problema, com a finalidade de auxiliar o sujeito a desenvolver pensamentos e crenças funcionais, comportamentos mais adaptativos e estratégias de prevenção de recaída (BECK, 2013; KNAPP et al., 2008).

Em relação ao ofensor sexual, a terapia é focada na reestruturação das distorções cognitivas, nos comportamentos desadaptativos, na identificação dos gatilhos e situações de riscos. Além do desenvolvimento de estratégias e comportamentos adaptativos que reduzam a probabilidade de o sujeito agir em função dos interesses sexualmente desviados, principalmente diante de situações precipitantes (BECK, 2013; MARIN; BALTIERI, 2013).

Portanto, o objetivo do presente trabalho foi compreender o que leva o indivíduo a ofender sexualmente crianças pertencentes ao mesmo ambiente familiar segundo a terapia cognitiva comportamental, a partir de uma revisão bibliográfica de estudos publicados nos últimos dez anos. Para isso, pretendeu analisar o perfil do ofensor de acordo com seus pensamentos e comportamentos, descrever como a TCC avalia o autor da ofensa, avaliar as possíveis relações de transtornos psiquiátricos e identificar as formas de intervenções segundo a abordagem cognitiva comportamental.

Método

Foi realizada uma pesquisa bibliográfica de artigos nacionais publicados no período de 2008 a 2018, nas bases de dados Scientific Electronic Library Online (SciELO), Google Acadêmico, Literatura Latino-americana e do Caribe em Ciências da Saúde (Lilacs), Red de Revistas Científicas de América Latina y el Caribe, España y Portugal (Redalyc), Scopus, Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), Medical Literature Analysis and Retrieval System Online (Medline/Pubmed). Para o levantamento bibliográfico, foi

utilizada a combinação dos seguintes descritores: terapia cognitiva comportamental e abuso sexual infantil intrafamiliar; intervenção cognitiva comportamental e agressores sexuais; abuso sexual intrafamiliar e transtorno mental; terapia cognitiva comportamental e pedofilia.

Utilizou-se como procedimento de análise de conteúdo do tipo categorial. Como parâmetros de inclusão, concebeu-se artigos que a análise do resumo e/ou das palavras chaves mostrassem que se tratava de pesquisas relacionadas aos objetivos do presente trabalho. Foi utilizado como parâmetro de exclusão, pesquisas que não abordassem os aspectos sociodemográficos do ofensor sexual infantil intrafamiliar, as características do pensamento e comportamento que não estivessem relacionadas à abordagem cognitiva comportamental, bem como não abordassem as possíveis motivações e causas, e formas de intervenção com o ofensor sexual infantil que não fossem com base na TCC.

Assim, foram encontrados 19 artigos, contudo ao aprofundar a leitura dessas pesquisas, analisou-se que o resumo e/ou palavras chaves não contemplaram o assunto abordado no estudo por completo, logo, não se adequaram aos parâmetros de inclusão. Portanto, foram eliminados oito artigos, totalizando apenas 11 artigos científicos que preencheram os critérios para a pesquisa.

Resultados e discussão

A análise dos artigos obtidos resultou em informações baseadas na abordagem cognitiva comportamental a respeito do que leva o sujeito a agredir sexualmente crianças do mesmo contexto familiar. Ademais, dos artigos selecionados, não houve um que abordasse todos os objetivos específicos como os aspectos sociodemográficos do ofensor, das possíveis motivações e causas para o ato, relação com transtornos mentais, e formas de intervenção com os ofensores.

Assim, estudos apontaram que a violência sexual infantil foi predominante no âmbito intrafamiliar, sendo o ofensor adulto e do sexo masculino, já as vítimas, são majoritariamente crianças e pré-púberes do sexo feminino. Os mesmos autores descreveram em seus estudos que comumente o grau de parentesco entre o autor e a vítima é destes serem pais, padrastos, pais adotivos, avós e tios das vítimas (HABIGZANG; RAMOS; KOLLER, 2011; MARTINS; JORGE, 2010; MOURA; KOLLER, 2008, 2010; PINCOLINI; HUTZ, 2014).

Alguns aspectos sociodemográficos do ofensor foram destacados como possíveis fatores de risco para a prática, mas ressaltam que esses não devem ser tomados como via de regra para todos os casos de violência intrafamiliar. Muitas vezes, o ofensor possui baixa escolaridade, apresenta-se desajustado econômica e profissionalmente, e faz uso abusivo de drogas. Autores também consideram

os fatos de os sujeitos terem laços de confiança com a vítima e passarem alguns momentos sozinhos com ela, como fatores precipitantes (HABIGZANG; RAMOS; KOLLER, 2011; MARTINS; JORGE, 2010; MOURA; KOLLER, 2008, 2010; PINCOLINI; HUTZ, 2014).

Segundo Sanderson (2005), a violência sexual com crianças normalmente é cometida por pessoas conhecidas e próximas, com a presença de laços afetivos e de confiança. Além disso, os ofensores muitas vezes são pessoas que não demonstram riscos à criança, tampouco apresentam comportamentos que levem à desconfiança.

Caminha e demais autores (2011), ao analisarem os estudos sobre fatores precipitantes do comportamento ofensivo, seguem os mesmos dados dos resultados apresentados até o presente momento. Ressaltam a tendência de o ofensor apresentar níveis cognitivos reduzidos, baixo QI, baixa escolaridade e dificuldades acadêmicas. Consideram como predisponentes os transtornos afetivos, o estresse psicossocial diante de perdas e relacionamentos, o abuso de álcool e outras substâncias psicoativas, e problemas de comportamento na infância.

Algumas pesquisas também consideraram as possíveis motivações cognitivas que levam o sujeito a ofender sexualmente crianças do mesmo contexto familiar, bem como as prováveis causas de suas cognições, como mostra o Quadro 1.

Quadro I - Características relacionadas ao ofensor

Autor/ano	Possíveis cognições que motivam o sujeito agir ofensivamente	Prováveis causas de suas cognições distorcidas
Baltieri (2013)	Manifestação de fantasias sexuais intensas e recorrentes envolvendo crianças e púberes. Forma de aliviar o estresse psicológico intenso.	Anormalidades em níveis biológicos, como alterações hormonais e neuropsicológicas. Causas ambientais como violência intrafamiliar e vivência de abuso na infância. Relação com transtorno parafílico com comorbidade aos transtornos de humor, transtornos de ansiedade e ao uso de substâncias psicoativas.
Barros (2017)	Fantasias sexuais anormais. Forma de aliviar as tensões decorrente da vivência de forte estresse e/ou pressão emocional.	Relação com causas genéticas e fisiológicas, como alterações neurológicas e hormonais. Causas temperamentais e ambientais. Tendência para transtorno parafílico, com incidência para os transtornos depressivos, ansiosos, o abuso de substâncias psicoativas e os transtornos de personalidade.
Fukunari (2016)	Manifestação dos desejos e fantasias sexuais em momentos de nervosismo, angústia emocional e situações de estresse intenso. Comportamento reflexo de experiências vividas na infância.	Causas biológicas em que o comportamento agressivo pode ser decorrente de distúrbios da personalidade. Causas sociais como ter sido vítima de abuso ou de um desenvolvimento desestruturado e negligenciado pelos pais. Relação com transtorno parafílico e de personalidade
Kunzeler; Braga (2013)	Distorções cognitivas, os quais acreditam ser um modo de evitar rejeição nos relacionamentos íntimos da sua faixa etária. Comportamento impulsivo frente a situações de pressão emocional e estresse.	Desregulação do apego, inabilidade em articular estados emocionais. Relação com o transtorno parafílico.
Moura; Koller (2008; 2010)	Distorções cognitivas sobre si e a vítima. Percepção da vítima como adulta e capaz de ter relações sexuais. Considerar ser responsável pela iniciação sexual.	Sujeitos com déficits empáticos com a possibilidade de supressão dos sentimentos empáticos no momento do abuso. Relação com transtornos de personalidade.
Serafim et al. (2009)	Satisfação de desejos sexuais anormais. Percepção da vítima como seres fragilizados que precisam de cuidados ou incapaz de julgar suas fantasias. Comportamento impulsivo frente a situações de estresse.	Baixa autoestima, inseguros, desajustados socialmente, inabilidade para lidar com problemas pessoais e profissionais, insensibilidade afetiva. Incidência de transtorno parafílico, de psicopatia e personalidade antisocial.

Fonte: autoria própria.

Os resultados do Quadro I apontam que o ofensor apresenta um comportamento impulsivo como forma de aliviar suas tensões e desejos sexuais. Assim, coloca em prática suas fantasias sexuais pedofílicas em momentos de estresse, nervosismo ou pressão psíquica. Há ainda a possibilidade desse comportamento ocorrer em virtude desses sujeitos apresentarem distorções cognitivas a respeito: das formas de satisfação sexual, da visão que têm sobre si e da vítima, e de como lidam com as situações de estresse (BALTIERI, 2013; BARROS, 2017; FUKUNARI,

2016; KUNZLER; BRAGA, 2013; MOURA; KOLLER, 2008, 2010; SERAFIM et al., 2009).

As seguintes motivações podem ser validadas pelo modelo multifatorial de Finkelhor (1999), o qual propõe as pré-condições para a violência sexual de crianças. Para ele, os fatores que contribuem para a ofensa podem ser agrupados em quatro pré-condições: motivação, inibição interna, inibição externa e resistência.

A primeira pré-condição é caracterizada pelos pensamentos e desejos, a qual envolve a congruência emocional, a excitação sexual por crianças e o bloqueio

em obter satisfações sexuais mediante as formas convencionais. A segunda é marcada pela supressão dos pensamentos morais, fazendo com que o sujeito se convença de que o comportamento não será prejudicial à criança e construa racionalizações distorcidas que minimizam a atitude. A terceira envolve o ambiente em que o comportamento ocorre, como a proximidade física, a oportunidade de estarem sozinhos e o processo de planejamento. Já a última, corresponde ao ofensor superar as resistências da vítima, o que leva à preferência por crianças mais ingênuas, imaturas e vulneráveis (FINKELHOR, 1999).

Ainda analisando o Quadro 1, autores como Baltieri (2013), Barros (2017) e Fukunari (2016) elencaram em seus estudos as possíveis causas dessas distorções cognitivas. De acordo com eles, pode existir uma relação biológica, como alterações hormonais, neurológicas, o que pode ocasionar desregulação nos níveis de apego e empatia. Além disso, embora não tenham dados conclusivos, os mesmos autores ressaltam a provável ligação com causas ambientais, como um comportamento aprendido, em virtude de terem vivenciado situações de violência intrafamiliar durante seu desenvolvimento ou foram vítimas de violência sexual na infância.

Causas psicológicas também foram apontadas por alguns autores do Quadro 1. Consideraram não só a possibilidade de esses sujeitos possuírem distorções cognitivas, como também, serem inseguros, terem baixa autoestima, inabilidade social, dificuldades para resoluções de problema e terem o diagnóstico de um transtorno mental (BARROS, 2017; KUNZLER; BRAGA, 2013; MOURA; KOLLER, 2008, 2010; SERAFIM et al., 2009).

Caminha e demais autores (2011) consideram algumas hipóteses etiológicas, sendo elas biológicas e psicológicas, os quais procuram explicar as volições do ofensor e seguem os mesmos dados dos resultados apresentados no Quadro 1. Apontam para a presença de alterações neuropsiquiátricas nesses indivíduos.

Contudo, não concluem se os resultados são devido a outros transtornos psiquiátricos, vide suas comorbidades, se estão relacionadas a problemas no desenvolvimento e na maturação cerebral, ou se seriam alterações cerebrais resultantes de experiências de vida, como violência física ou sexual na infância. Como hipóteses psicológicas, consideraram que os estressores ambientais tendem a aumentar o desejo de cometer o ato (CAMINHA et al., 2011).

Ademais, foi observado no Quadro 1 que todos os autores consideraram a possível presença de transtornos mentais no ofensor sexual infantil intrafamiliar. A prevalência deu-se ao transtorno parafilico pedofílico, com relação aos transtornos de personalidade e de conduta. Contudo, outros transtornos psiquiátricos também foram citados, como os depressivos, ansiosos e ao uso de substâncias psicoativas (BALTIERI, 2013; BARROS, 2017;

FUKUNARI, 2016; KUNZLER; BRAGA, 2013; MOURA; KOLLER, 2008, 2010; SERAFIM et al., 2009).

Como condições para o diagnóstico diferencial o DSM-V refere o transtorno de personalidade antissocial, o transtorno por uso de álcool e substâncias psicoativas, e o transtorno obsessivo-compulsivo. Como possíveis comorbidades psiquiátricas ao transtorno pedofílico, considera-se o transtorno por uso de substâncias psicoativas, transtornos depressivo e bipolar, transtorno de ansiedade, transtorno da personalidade antissocial e outros transtornos parafilicos (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2014).

Marin e Baltieri (2005) ressaltam a porcentagem das taxas de comorbidade nos pedófilos. Existem 75% de comorbidade com os transtornos depressivos e ansiosos, 60% com o abuso de substâncias psicoativas e 50% com os transtornos de personalidade. Por fim, apontam os fatores psicossociais, tais como depressão, estresse psicológico intenso e abuso de substâncias psicoativas, como facilitadores para a prática do abuso, principalmente em situações em que há o acesso às crianças.

Alguns estudos também apontaram as formas de intervenções adequadas para o tratamento do ofensor sexual, conforme mostra o Quadro 2. Segundo os autores, o ofensor sexual infantil precisa receber tratamento psicológico e medicamentoso em conjunto, e consideraram a TCC como a abordagem de referência (BALTIERI, 2013; BARROS, 2017; DELL'AGLIO; MOURA; SANTOS, 2011; FUKUNARI, 2016; KUNZLER; BRAGA, 2013).

Quadro 2 - Formas de intervenção com o ofensor sexual

Autor/ano	Tratamento adequado	O que deve ser feito a partir da TCC
Baltieri (2013)	TCC e tratamento medicamentoso.	Controlar as fantasias, comportamentos parafilicos, como os impulsos e prazeres sexuais anormais. Diminuir o nível de estresse e desenvolver capacidades prejudicadas pela parafilia. Prevenção de reincidência e avaliação de riscos à novas ações.
Barros (2017)	TCC e psicofármacos.	Identificar situações de risco para novas agressões. Reestruturação cognitiva, referente aos erros de pensamento. Desenvolver estratégias para lidar com situações de risco e prevenção de recaída. Elevar a capacidade de controle dos impulsos sexuais desviantes, de resolução de problemas e da vivência das emoções negativas. Aumentar a empatia, as habilidades sociais e a autoestima.
Dell'aglio; Moura; Santos (2011)	TCC e tratamento medicamentoso.	Aceitação e responsabilização pelo abuso. Reestruturação cognitiva. Treino do controle dos impulsos sexuais desviantes, prevenção de recaída. Treinamento empático perante seus comportamentos agressivos. A terapia também deve ser dirigida a todos os aspectos da vida do agressor e não apenas os comportamentos de risco.
Fukunari (2016)	TCC e medicações antiandrogênicas.	Conscientização sobre as consequências legais e sociais dos seus desejos e comportamentos. Reestruturação cognitiva e controle das fantasias sexuais.
Kunzler; Braga (2013)	TCC e tratamento medicamentoso.	Reestruturação cognitiva com reflexo positivo do comportamento. Compreensão que sua ação não é saudável e suas crenças o impulsiona para um comportamento violento.

Fonte: autoria própria.

Logo, os ofensores devem ser avaliados e manejados clinicamente, bem como devem receber tratamento médico e psicológico específicos para cada condição, a fim de reduzir os riscos de reincidências do comportamento quando estiverem fora do cárcere. O sujeito deve, também, conscientizar-se de que possui pensamentos distorcidos e apresenta comportamentos inadequados com relação à vítima e às formas de satisfação sexual (BALTIERI, 2013; BARROS, 2017; DELL'AGLIO; MOURA; SANTOS, 2011; FUKUNARI, 2016; KUNZLER; BRAGA, 2013).

A TCC tem sido reportada como referência durante o tratamento do ofensor, em virtude de o desenvolvimento do comportamento ofensivo estar relacionado com inúmeras questões: internalização do desejo, crenças pessoais e sociais, os fatores envolvendo vulnerabilidade biológica, genética e psicológica, a negligência na correção social, familiar e pessoal durante o desenvolvimento, e o condicionamento precoce da excitação sexual e do orgasmo (MARIN; BALTIERI, 2013).

O tratamento com base na TCC é focado nas crenças, pressupostos, emoções, comportamentos e possíveis gatilhos, que elevam a probabilidade de o sujeito agir

em função dos interesses sexuais desviantes. As intervenções buscam, a partir da reestruturação cognitiva e técnicas específicas, a reparação das crenças, dos valores e dos pressupostos disfuncionais associados ao problema, na mudança no estilo de vida, na conscientização do sujeito das consequências sociais e legais do comportamento, e na redução do comportamento desviante (CAMINHA et al., 2011; MARIN; BALTIERI, 2013).

Outras técnicas aplicadas durante o processo terapêutico envolvem a aquisição ou melhora da autoestima, das habilidades sociais e relacionais como a intimidade, vínculo afetivo e empatia cognitiva. Como também o desenvolvimento de habilidades e estratégias emocionais e comportamentais, para aprenderem a lidar com a resolução de problemas e o alívio do estresse, na vivência de emoções negativas, no reconhecimento de situações de risco e na prevenção de recaída (CAMINHA et al., 2011; CASTRO, 2003; MARIN; BALTIERI, 2013; SANDERSON, 2005).

Com isso, Caminha e demais autores (2011), Castro (2003), Marin e Baltieri (2013) e Sanderson (2005) confirmam os resultados destacados no Quadro 2 e consideram alguns pressupostos essenciais no tratamento

psicoterápico com esses sujeitos, como a reestruturação cognitiva, o reconhecimento por parte do ofensor quanto às situações de risco inerentes, o desenvolvimento de estratégias que elevem suas capacidades de controle dos impulsos e fantasias sexuais desviantes, bem como a aquisição de comportamentos sexuais mais adaptativo e redução da excitação sexual desviante.

Ao considerar a pedofilia como um transtorno mental e com tendência a presença de fatores etiológicos, em particular os neurológicos, alguns autores declaram que essa não é uma doença a ser curada (CAMINHA et al., 2011; MARIN; BALTIERI, 2013). Logo, a intervenção proporciona a prevenção de recorrência, redução da excitação sexual por crianças, desenvolvimento de estratégias e aumento do controle dos impulsos sexuais (CAMINHA et al., 2011; CASTRO, 2003; MARIN; BALTIERI, 2013; SANDERSON, 2005).

Ainda para esses autores, somente o encarceramento do ofensor não proporciona a sua reabilitação, em virtude de a prisão ser um contexto estressante e isolado a qual propicia o fortalecimento das crenças distorcidas e fantasias sexuais. Ao serem libertados, não há garantias de que o crime não ocorra novamente (CAMINHA et al., 2011; CASTRO, 2003; MARIN; BALTIERI, 2013; SANDERSON, 2005).

Sanderson (2005) ressalta o Programa de Tratamento para Ofensores Sexuais (SOTP), o qual foi introduzido pela primeira vez em 1991 em uma prisão do Reino Unido e, atualmente, é oferecido em 27 prisões britânicas. O programa se baseia na TCC, o foco está nos processos de tomadas de decisões, na autoestima, autoafirmação e habilidades cognitivas. Busca-se desenvolver nesses indivíduos a empatia, relacionamentos saudáveis, capacidade para lidar com seus estímulos e impulsos sexuais, e estratégias para enfrentar as possíveis situações que levem à recaída.

Castro (2003) afirma que no Brasil não há políticas públicas direcionadas ao tratamento do ofensor e, dentro do sistema prisional, as intervenções são estritamente punitivas. Porém, segundo Dell'aglio, Moura e Santos (2011) e Fukunari (2016), atualmente, algumas entidades têm se envolvido com o tratamento desses sujeitos, as quais objetivam a reinserção do sentenciado, mas ainda é escasso o número de entidades com esse objetivo.

Conclusão

A análise da literatura obtida elucidou o objetivo do presente artigo. Nesse sentido, informações sobre o perfil do ofensor, as suas motivações e causas dessas volições, relações com transtornos mentais e as possibilidades de intervenções foram alcançadas, o que possibilitou presumir, segundo a TCC, o que leva o sujeito ofender crianças ou pré-púberes do mesmo contexto familiar.

Em suma, os resultados apresentaram que houve uma tendência para características sociodemográficas quanto ao ofensor. As motivações do sujeito foram constantes em três fatores: distorções cognitivas a respeito dele e da vítima, uma forma de manifestação dos desejos sexuais e um comportamento impulsivo frente a situações de forte estresse psíquico. Foi observada a relação dessas cognições e comportamentos com possíveis causas biológicas, ambientais e temperamentais, e relação com transtornos psiquiátricos. E foram apresentadas estratégias de intervenção cognitiva comportamental com o ofensor sexual infantil.

Logo, ressalta-se a importância de que o ofensor seja visto como uma pessoa com direitos a serem resguardados e que merece receber tratamento multidisciplinar. A intervenção não deve ser estritamente punitiva, mas também objetivar a prevenção de recorrência, sendo a TCC a referência para o tratamento.

Assim, o tratamento com o agressor com base na TCC envolve a reestruturação das distorções cognitivas associadas ao problema, a redução da excitação sexual por crianças ou pré-púberes, o aumento das habilidades sociais e empáticas, o desenvolvimento de crenças e comportamentos sexuais mais adaptativos, como também a elaboração de estratégias para o controle dos impulsos e resolução de problemas diante das situações de estresse e de riscos.

Por fim, estudos sobre esse assunto devem ser impulsionados, visto a carência de trabalhos científicos publicados no Brasil fundamentados na abordagem cognitiva comportamental. Ademais, além do objetivo de estabelecer bases consistentes do que leva o ofensor agir assim e as formas de tratamento, os estudos poderão auxiliar no estabelecimento de instituições assistenciais que promovam o tratamento multifocal do ofensor através de técnicas diretivas na abordagem cognitiva comportamental.

Referências

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. *Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: DSM-5*. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2014. 948 p.

BECK, J. S. *Terapia cognitiva-comportamental: teoria e prática. psicoterapia cognitivas comportamentais*. Porto Alegre: Artmed, 2013. v.2

BALTIERI, D. A. Pedofilia como transtorno comportamental psiquiátrico crônico e transtornos comportamentais assemelhados. *Brasília Médica*, v. 50, n. 2,

p. 122-131, 2013. Disponível em: <http://rbm.org.br/details/97/pt-BR/pedofilia-como-transtorno-comportamental-psiquiatrico-cronico-e-transtornos-comportamentais-assemelhados>. Acesso em: 12 mar. 2018.

BARROS, C. A. Parafilias, pedofilia e intervenções em terapia cognitivo-comportamental. *Psique*, v. 2, n. 3, p. 78-94, 2017. Disponível em: <https://seer.cesjf.br/index.php/psq/article/view/1239/852>. Acesso em: 12 mar. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. *Notificação de maus-tratos contra crianças e adolescentes pelos profissionais da saúde: um passo a mais na cidadania em saúde*. Brasília, DF: Ministério da Saúde/Secretaria de Assistência à Saúde, 2002. (Série A. Normas e Manuais Técnicos, 167).

CAMINHA, R. M. et al. Abuso sexual de crianças e pedofilia. In: RANGÉ, B. (org.) *Psicoterapias cognitivo-comportamentais: um diálogo com a psiquiatria*. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2011. p. 663-670.

CASTRO, C. S. *Intervenções junto ao autor de abuso sexual de crianças*. Disponível em: <https://www.maxwell.vrac.puc-rio.br/20621/20621.PDF>. Acesso em: 12 mar. 2018.

DALGALARRONDO, P. *Psicopatologia e semiologia dos transtornos mentais*. Porto Alegre: Artmed, 2008. p. 352-361.

DELL'AGLIO, D. D.; MOURA, A.; SANTOS, S. D. Atendimento a mães de crianças vítimas de abuso sexual e abusadores: considerações teóricas e práticas. *Psicologia Clínica*, v. 23, n. 2, p. 53-73, 2011. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0103-56652011000200005>. Acesso em: 12 mar. 2018.

FINKELHOR, D. Child sexual abuse. In: ULLMANN, E., & HILWEG, W. (ed.). *Childhood and trauma: separation, abuse, war*. 2. ed. New York: Ashgate Publishing, 1999. p. 101-115.

FUKUNARI, B. A necessidade de acompanhamento psicológico em criminosos sexuais. In: ETIC-ENCONTRO DE INICIAÇÃO CIENTÍFICA, v. 12, n. 12, 2016. Presidente Prudente. *Anais [...]*. Presidente Prudente, 2016. Disponível em: <http://intertemas.toledoprudente.edu.br/index.php/ETIC/article/view/5669/5389>. Acesso em: 12 mar. 2018.

HABIGZANG, L. F.; CAMINHA, R. M. *Abuso sexual contra crianças e adolescentes: conceituação e intervenção clínica*. São Paulo: Casa do Psicólogo. 2004.

HABIGZANG, L. F.; RAMOS, M. S.; KOLLER, S. H. A revelação de abuso sexual: as medidas adotadas pela rede de apoio. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, v. 27, n. 4, p. 467-473, 2011. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-37722011000400010>. Acesso em: 12 mar. 2018.

KNAPP, P. et al. *Terapia cognitivo-comportamental na prática psiquiátrica*. Porto Alegre: Artmed, 2008.

KRUG, E. G. et al. (ed.). *Relatório mundial sobre violência e saúde*. Geneva: OMS, 2002. Disponível em: <http://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/wp-content/uploads/2019/04/14142032-relatorio-mundial-sobre-violencia-e-saude.pdf>. Acesso em: 12 abr. 2018.

KUNZLER, L. S.; BRAGA, A. R. M. Pedofilia doença crônica: causa ou consequência. Prevenção, identificação precoce e tratamento adequado. *Brasília Médica*, v. 50, n. 2, p. 85-88, 2013. Disponível em: <http://rbm.org.br/Content/imagebank/pdf/v50n2.pdf>. Acesso em: 12 mar. 2018.

MARIN, M. C. D.; BALTIERI, D. A. Crimes sexuais e suas particularidades na avaliação de risco e no cumprimento da medida de segurança. In: *Medida de segurança: uma questão de saúde e ética*. São Paulo: Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo, 2013. p. 157-178.

MARTINS, C. B. D. G.; JORGE, M. H. P. D. M. Abuso sexual na infância e adolescência: perfil das vítimas e agressores em município do sul do Brasil. *Texto & Contexto-Enfermagem*, v. 19, n. 2, p. 246-255, 2010. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-07072010000200005>. Acesso em: 12 abr. 2018.

MOURA, A. D. S.; KOLLER, S. H. A criança na visão de homens acusados de abuso sexual: um estudo sobre distorções cognitivas. *Psico-USF*, v. 13, n. 1, p. 85-94, 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/psuf/v13n1/v13n1a11.pdf>. Acesso em: 08 abr. 2018.

MOURA, A. D. S.; KOLLER, S. H. Expressões de empatia em homens acusados de abuso sexual infantil. *Psico*, v. 41, n. 2, p. 12, 2010. Disponível em: <http://revistaseletronicas.pucrs.br/revistapsico/ojs/index.php/revistapsico/article/view/5347/5312>. Acesso em: 08 abr. 2018.

PINCOLINI, A. M. F.; HUTZ, C. S. Abusadores sexuais adultos e adolescentes no sul do Brasil: pesquisa em denúncias e sentenças judiciais. *Temas em Psicologia*, v. 22, n. 2, p. 301-311, 2014. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.9788/TP2014.2-03>. Acesso em: 08 mar. 2018.

SANDERSON, C. *Abuso sexual em crianças: fortalecendo pais e professores para proteger crianças de abusos sexuais*. São Paulo: M. Books do Brasil, 2005.

SERAFIM, A. D. P. et al. Perfil psicológico e comportamental de agressores sexuais de crianças. *Archives of Clinical Psychiatry*. São Paulo, v. 36, n. 3, p. 101-111, 2009. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0101-60832009000300004>. Acesso em: 10 mar. 2018.

SERAFIM, A. D. P. *Pedofilia: da fantasia ao comportamento sexual violento*. São Paulo: Núcleo de Psiquiatria e Psicologia Forense/ Instituto de Psiquiatria: HCFMUSP, 2008.