

PRINCIPAIS ASPECTOS DOS TRANSTORNOS PARAFÍLICOS E SUAS IMPLICAÇÕES COMPORTAMENTAIS

Cláudia Rogéria Page do Carmo Garcia¹

Carine de Almeida Silva²

Camila Mendes Lemos³

Josiane Silva Duarte⁴

Luciane Emília Zanardi Torno⁵

Mariana Borges⁶

Shirlainy Gomes⁷

Simone Alves Oliveira Cortes⁸

Rosana de Paiva Oliveira⁹

Resumo

Parafilias são transtornos sexuais de comportamento, cujas práticas são consideradas marginais ao consenso social vigente, podendo produzir consequências lesivas ao próprio indivíduo e/ou a terceiros. A relevância deste trabalho repousa na escassez de material abordando a temática e elevada incidência destes. Pretende-se esclarecer à comunidade, de um modo geral, os principais aspectos dos transtornos parafilicos e identificar implicações comportamentais, visando orientar e esclarecer o tema aos futuros psicólogos. O desenvolvimento do presente artigo compreendeu um levantamento bibliográfico. Observou-se que poucos casos são tornados conhecidos, tanto pela ausência de publicidade, quanto pela temática ainda ser desconhecida pela maioria da população. No presente trabalho foram caracterizados e discutidos seis: exibicionismo; fetichismo; frotteurismo; sadismo; masoquismo sexual e voyeurismo. Procurou-se destacar, para cada transtorno, suas respectivas implicações comportamentais, com indicações das possíveis causas nos âmbitos psicológicos e biológicos, bem como os principais critérios diagnósticos. Verificou-se por meio das análises que nem toda prática sexual particular e/ou atípica em determinados padrões sociais pode ser enquadrada como patológica. Tais atos, dentro das convenções e aspectos psicossociais, têm aceitações diferentes de acordo com a carga cultural e nem sempre é necessária a interveniência clínica, uma vez que existem sintomas e sinais decisórios acerca da necessidade da referida, a mesma será adotada mediante a ocorrência de prejuízos ao praticante e/ou a terceiros. Para a diagnose, além da compreensão do suspeito transtorno parafilico, *a priori*, faz-se necessário traçar o perfil do possível paciente que por sua vez, muitas vezes omite a prática e coíbe seu conhecimento, mesmo a nível profissional, o qual poderia auxiliá-lo na anuência e orientá-lo da melhor maneira possível a respeito de tal diligência. É fundamental que se observe a ocorrência de sintomas no prazo de, pelo menos, seis meses e a constatação de sofrimento pessoal clinicamente importante ou

¹GARCIA, Claudia Rogéria Page do Carmo. Acadêmica do Curso de Psicologia – UNIVERSO/JF, 2017.

²SILVA, Carine de Almeida. Acadêmica do Curso de Psicologia – UNIVERSO/JF, 2017.

³LEMONS, Camila Mendes. Acadêmica do Curso de Psicologia – UNIVERSO/JF, 2017.

⁴DUARTE, Josiane Silva. Acadêmica do Curso de Psicologia – UNIVERSO/JF, 2017.

⁵TORNO, Luciane Emília Zanardi. Acadêmica do Curso de Psicologia – UNIVERSO/JF, 2017.

⁶BORGES, Mariana. Acadêmica do Curso de Psicologia – UNIVERSO/JF, 2017.

⁷GOMES, Shirlainy. Acadêmica do Curso de Psicologia – UNIVERSO/JF, 2017.

⁸OLIVEIRA, Simone Alves de. Doutora em Biologia.- Professora Orientadora.UNIVERSO/JF, 2017.

⁹ARAÚJO, Rosana de Paiva Oliveira. Mestre em Saúde Brasileira - Professora UNIVERSO/ JF, 2017.

prejudicial ao funcionamento social. Destaca-se aqui a importância do papel do psicólogo, sua atuação e da importância de muni-lo com ferramentas eficientes capazes de distinguir o que se enquadra na esfera de patologias ou não. Desta forma, esse trabalho reforça a necessidade de ampliar as discussões e pesquisas que venham abordar o presente assunto o qual é nitidamente carente de estudos, sobretudo no Brasil.

Palavras-chave: Excitação; comportamento; desvios; objeto sexual.

1 Introdução

As parafilias são transtornos do comportamento sexual caracterizado por padrões de fantasias e práticas sexuais particulares, em certas condições muito lesivas ao próprio indivíduo e a terceiros, podendo envolver apenas a fantasia, a masturbação e ou atividade sexual com um parceiro (DALGARRONDO, 2008). Representam, segundo KAPLAN *et al.* (2007), um comportamento divergente, no sentido de serem escondidas, por seus participantes, por parecerem excluir ou prejudicar outros e perturbarem o potencial para os vínculos entre as pessoas. A excitação parafílica, pode ser temporária, em algumas pessoas que agem segundo seus impulsos, apenas durante períodos de estresse e conflito ou permanente.

Didaticamente, os transtornos de preferência sexual ou parafílicos podem ser divididos em dois grupos: Transtorno de preferência do objeto sexual, inclui-se nessa categoria a preferência por qualquer outra coisa, que não uma outra pessoa adulta e com vida, como objeto de desejo sexual. Pode ser um ser inanimado, como ocorre no fetichismo; e Transtorno da preferência do ato sexual, incluem-se neste grupo as variações da atividade sexual em si que são necessárias para a obtenção da excitação sexual, como nas práticas sadomasoquistas, exibicionismo, entre outros. Geralmente são dirigidos a adultos (ALMEIDA *et al.*, 1996).

Segundo DSM-5 (Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais, 2014), as parafilias são reconhecidas como interesses eróticos atípicos, mas evita rotular os comportamentos sexuais não-normativos como necessariamente patológicos. Na ausência de consequências negativas, a parafilia não implica, obrigatoriamente, em um transtorno mental e a intervenção clínica pode ser desnecessária.

Preferências sexuais podem parecer excêntricas para as pessoas que delas não participam. No entanto, podem ocorrer sem representar nenhum problema para o indivíduo, facilitando o prazer ou simplesmente introduzindo um elemento ritualístico acessório à atividade sexual. Aqui, como em muitas áreas, é difícil determinar aonde acaba a normalidade e começa a patologia (HALES *et al.*, 2012). O diagnóstico requer que os sintomas estejam presentes por pelo menos seis meses e causem sofrimento pessoal clinicamente importante ou

prejudiquem o funcionamento social (LUCENA e ABDO, 2014). Segundo HALES *et al* (2012) a maioria dos pacientes com parafilias são homens, apenas 5% a 15% são do sexo feminino, a depender do tipo de parafilia.

FREUD (1905), em seu texto Três ensaios sobre a teoria da sexualidade ao abordar o tema da sexualidade, reflete sobre as dimensões sexuais na infância e na vida adulta analisando o que poderia ser considerado normal para uma vida sexual. Identificando que em dimensões anormais o indivíduo não buscará prazer sexual em sua plenitude, mas sim focará seu desejo em apenas um objeto/meio para atingir o prazer (ALBERTI, 2005).

Várias teorias foram apresentadas para explicar o desenvolvimento das parafilias, tanto biológicas quanto psicológicas. Alterações no sistema límbico em animais causaram comportamento hipersexual (síndrome de Kluver-Bucy), e patologias no lobo frontal, como convulsões e tumores) foram implicadas em alguns indivíduos com parafilias. Também foi sugerido que níveis anormais de andrógenos podem contribuir para a excitação sexual inadequado. Já no campo psicológico, as teorias psicanalíticas têm postulado que a ansiedade de castração grave durante a fase edípica do desenvolvimento leva à substituição da mãe por objeto simbólico, como no fetichismo; ansiedade semelhante em relação à excitação pela mãe pode ocasionar escolhas de comportamento sexual seguro, onde não há contato sexual, como no exibicionismo e no voyeurismo (HALES *et al.*, 2012). O comportamento sexual inadequado nem sempre está ligado à parafilia (HALES *et al.*, 2012).

Dentre as dezenas de parafilias registradas na literatura, serão abordadas, no presente estudo, apenas as seguintes: exibicionismo, fetichismo, frotteurismo, sadomasoquismo sexual e voyeurismo.

O objetivo do presente trabalho foi Abordar os principais aspectos e comportamentos presentes nas parafilias: exibicionismo, fetichismo, frotteurismo, sadomasoquismo sexual e voyeurismo.

2 Metodologia

Realizou-se um levantamento bibliográfico em periódicos e bases de dados em sites com cientificidade comprovada. Também foram analisados diversos artigos científicos que abordaram o tema proposto.

3 Desenvolvimento

Por meio da presente pesquisa foram verificadas os seguintes transtornos parafilicos, como corroboram o trabalho realizado por RODRIGUES (2012): Alopelia, Alotriorastia,

Automisiofilia, Autassassinofilia, Agorofilia, Asfixia autoerótica, Apotemnofilia, Autopederastia, Avisodomia, Belonofilia, Bondage, Cateterofilia, Cleptolagnia, Crematistofilia, Coprofagia, Comportamento sexual compulsivo, Computer sex, Dipoldismo, Dacnolagnomania, Dimorfofilia, Dogging, Electrofilia, Emetofilia, Erontofilia, Exibicionismo, Fotobilia, Flatufilia, Fratrilagnia, Fetichismo, Fisting, Frotteurismo, Gerontofilia, Harpoxofilia, Iantronudia, Incesto, Infantilismo, Lagnonector, Lactomania, Maieusiofilia, Masoquismo, unificação, Necrofagia, Necrofilia, Odaxelagnia, Ondinismo, Ofidiocismo, Obesofilia, Pediofilia, Podofilia, Pedofilia, Partenofilia, Pigmalionismo, Raptofilia, Sadismo, Sinforofilia, Sitofilia, Sonofilia, Zoofilia, Travestismo, Telefonescatofilia, Vampirismo, Voyeurismo e Traumafilia. Dentre estasparafilias, foram analisadas no presente estudo: Exibicionismo, Fetichismo, Frotteurismo, Sadismo, Masoquismo Sexual e Voyerismo.

Exibicionismo

O exibicionismo é uma parafilia que do ponto de vista comportamental, consiste em respostas de exposição imprópria dos genitais que provocam prejuízos no âmbito social, profissional e ou afetivo (FUKAHORI *et al.*, 2005).

Os indivíduos buscam surpreender e chocar as pessoas, para quem eles se expõe, e quanto mais forte for a reação emocional causada, maior será a excitação sexual. Usualmente não há nenhuma tentativa de aproximação ou de qualquer contato físico com as “vítimas” (ALMEIDA *et al.*, 1996).

A partir de perspectivas psicanalíticas, seria a reminiscência do estado paradisíaco perdido. Inconscientemente, o exibicionista toma o observador como a mãe, e a exibicionista como o pai. Esse comportamento estariarelacionado ao complexo de Édipo (RODRIGUES, 2012).

O transtorno manifesta-se geralmente na puberdade, antes dos 18 anos de idade, porém pode iniciar-se muito mais tarde, na meia idade. Cerca de 70% dos exibicionistas identificados são casados, a maioria tem entre 20 e 40 anos (ALMEIDA *et al.*, 1996).

Para a psiquiatria, as características essências desse distúrbio são impulsos sexuais recorrentes, intensos e fantasias sexualmente excitantes, de pelo menos seis meses de duração, envolvendo a exposição dos genitais a um estranho; tendo a pessoa atuando sob esse impulsos ou se é perturbada por eles. Algumas vezes a pessoa se masturba enquanto se expõe, não representando ameaça àqueles a quem se expõem. É visível o desejo dela em chocar o observador. Há relatos de que poucas detenções ocorrem em função do exibicionismo. Não

existem estimativas estatísticas; entretanto, quando ocorrem, na maioria dos casos são de homens, o que sugere maior liberdade para a exibição do sexo feminino (RODRIGUES, 2012).

Apesar de sua natureza aparentemente inócua, o comportamento exibicionista pode ser extremamente devastador, principalmente por seu caráter impulsivo, levando o indivíduo a passar grande parte do seu tempo em função dos atos de exibicionismo e de suas consequências sócias e legais (ALMEIDA *et al.*, 1996).

É desconhecida a prevalência do transtorno exibicionista. Entretanto com base em atos sexuais exibicionistas na população em geral ou em amostras não clínicas, a prevalência mais alta possível do transtorno em indivíduos do sexo masculino é de 2 a 4 %. A prevalência do transtorno no sexo feminino é ainda mais incerta, mas se acredita que seja muito mais baixa do que no masculino (DSM-V, 2014).

Fetichismo

Este termo tem sido usado para designar os indivíduos que utilizam objetos inanimados (em geral roupas) ou atentam apenas para uma determinada parte do corpo de outra pessoa para obter excitação ou satisfação sexual (RODRIGUES, 2012).

Para alguns estudiosos da década de 1970, o fetichismo é a incapacidade de amar a mulher como uma pessoa real, apenas conseguindo amar uma parte dela, então chamado de “parcialismo”. É onde ocorre o interesse, não na mulher, mas nas mãos, os seios (pequenos ou grandes, desta ou daquela forma), nádegas (que devem ser de tamanho e formato específicos, segundo os gostos individuais), pés, cabelo, artigos de vestuário, entre outros (SANTOS, 2007).

Todas as pessoas são fetichistas em algum grau. Cada um sente – se mais atraído por determinado estilo de vestimenta ou por indivíduos dotados de certos atributos ou características físicas. Porém, a caracterização de “anormal” refere – se a indivíduos que não conseguem funcionar sexualmente, não obtêm o prazer sexual procurado sem os seus “objetos de prazer”, ou seja, sem o seu fetiche não conseguem experimentar o orgasmo e não necessita da presença do outro para completar seu prazer sexual (RODRIGUES, 2012).

Esse desvio sexual implica não poder variar seus objetos de amor. Se não pode variar, sente – se doente em seu querido objeto; sentindo desamparado, compelido e impulsionado a buscá-lo, obsessivamente. Sofre sentimentos de culpa e inadequação sexual. Dessa forma, o fetichista mostra-se muitíssimo ansioso frente à situação sexual, ocorrendo, então percepções de incapacidade sexual e de impotência. Para combater tais incapacidades, o fetichista recorre

ao objeto inanimado que seguramente o acalmará e permitirá gratificação sexual, tornando-o potente novamente (HALES *et al.*, 2012).

Ele inicia-se diretamente da primeira infância, quando a criança atenuava a angústia as separação da mãe pela presença de um objeto (o objeto transicional), por exemplo, o ursinho de pelúcia, o cobertor, o travesseiro, algum brinquedo, etc. Naturalmente, esses objetos, se mantidos na fase adulta, são indícios de desajustes psicológicos importantes; o adulto não cresceu, não aprendeu a mudar seu objeto de amor e a viver em sociedade (RODRIGUES, 2012).

Incide mais na população masculina que na feminina. Naturalmente, a excitação sexual feminina também se dá por exposição a objetos masculinos, mas não em tão alto grau como ocorre com homens em relação a objetos, sendo frequente em heterossexuais que em homossexuais (SANTOS, 2007).

O foco parafilico nesse transtorno envolve objetos de “fetiches”, e os mais comuns são: calcinhas, soutiens, meias, sapatos, botas ou outras peças do vestuário feminino. O indivíduo portador deste desvio, frequentemente, se masturba enquanto segura, esfrega ou cheira o objeto ou pode pedir que o parceiro use o mesmo durante seus encontros sexuais. Em geral, é exigido usá-lo para a excitação sexual, podendo os homens, em sua ausência, apresentar disfunção erétil (ROUDINESCO, 1994).

O diagnóstico é feito quando o fetiche representa à única ou a mais importante fonte de estimulação sexual, ou ainda quando é condição necessária para que a resposta sexual adequada e satisfatória se produza (SANTOS, 2007).

Os critérios diagnosticados do DSM- V(2014) incluem um tempo mínimo de seis meses de duração do transtorno, que deve ser de caráter intenso e recorrente, e exclui o uso exclusivo de aparatos destinado à estimulação tátil dos órgãos genitais, como dildos ou vibradores.

Segundo ROUDINESCO (1994), existem diversas formas de Fetichismo: Fetichismo Corporal: Fetichismo das extremidades superiores; Fetichismo das extremidades inferiores; Fetichismo dos cabelos; Fetichismo dos olhos, nariz, relhas e boca; Fetichismo do tronco; Fetichismo das regiões defeituosas. Fetichismo Impessoal: Objetos para fins exclusivos de adornos; Objetos que estão em contato com a outra pessoa, não obrigatoriamente com fins de adorno; Objetos de origem animal; Objetos variados. Esta parafilia inicia-se na adolescência, mas pode iniciar na infância. Uma vez estabelecido, o fetichismo tende a ser crônico (ALMEIDA, 1996).

Frotteurismo

Transtorno mental, também conhecido como Transtorno da Conduta e Transtorno da Personalidade Antissocial cujo comportamento para satisfação do desejo sexual causa prejuízo ao portador. O parafílico do Frotteurismo tem necessidade de esfregar o pênis ou tocar em uma pessoa completamente vestida sem seu consentimento com o objetivo de alcançar o ápice do prazer sexual.

O ambiente propício para esses abusos são lugares públicos e aglomerados, como metrô e ônibus urbanos, para terem mais facilidade de fuga e dificuldade de reconhecimento.

Ainda são desconhecida a origem e causa do Frotteurismo, a maioria dos autores sugerem que inicia-se na adolescência, por volta dos 15 anos, por consequência de algo acontecido na infância considerado ato criminoso, por causar dano a outras pessoas, o Frotteurismo só é diagnosticado como Transtorno Frotteurista se o portador manifestar prejuízo psicossocial causado por seus desejos sexuais.

Tabela 1

Diagnóstico diferencial	Comorbidade	Prevalência
Transtorno de conduta	Hipersexualidade e outros transtornos parafilicos, exibicionistas e voyeurismo em especial.	População não-clínica: 30% de homens.
Transtorno de personalidade antissocial	Depressão, bipolar, transtorno de uso de substâncias.	
Transtorno de uso de substâncias	Transtorno de conduta, transtorno de personalidade antissocial.	

Fonte: HUMES *et al* (2016).

Nesta parafilia, os homens são mais acometidos pelo transtorno que as mulheres, não existindo uma idade mínima ou máxima para o diagnóstico. Na prática do ato, o Frotteurista fantasia possuir um relacionamento amoroso real com a vítima. Por agir sem consentimento, o portador do Frotteurismo causa graves danos psicológicos a suas vítimas e também, sofrimento subjetivo com prejuízo psicossocial e ocupacional em sua vida devido a necessidade de prazer sexual incontrolável.

Não é certa a prevalência do Frotteurismo. Segundo o DSM-5 (2014), os episódios podem ocorrer em 30% dos homens adultos da população geral.

Sadismo e Masoquismo Sexual

O termo, cunhado pelo psiquiatra vienense Richard Krafft-Ebing, tem origem no nome do Marquês de Sade (1740-1814), escritor francês conhecido por suas notórias e violentas

práticas libertinas e por seus contos eróticos onde as descreve (HALES *et al.*, 2012).

Denomina-se sadismo o ato de obter prazer através de infligir dor, sofrimento, físicos e ou psicológicos, e dominância ritualizada à outra pessoa. O sádico não chega ao orgasmo senão através de representações ou atos que lhe assegurem a dor de outrem. Considera-se um desvio quando apenas houver satisfação sexual, real ou imaginada e simbólica, mesmo sem que haja a necessidade do ato sexual em si (RODRIGUES, 2012).

Para MURIBECA (2009) consiste em praticar atos nos quais o indivíduo deriva excitação sexual do sofrimento psicológico ou físico da vítima. Atua segundo seus anseios sexuais sádicos com um parceiro que consente ou não em sofrer dor ou humilhação. As fantasias ou atos sádicos podem envolver atividades como: atar, espancar, chicotear, queimar, administrar choques elétricos, esfaquear, estrangular, torturar, mutilar ou mesmo matar suas vítimas.

Uma forma criminosa de sadismo é a do estuprador, que obtém seu prazer sexual através de imposição de dor e poder sobre outrem sem seu consentimento e através de coação física. Outra vertente é o “vampirismo”, que implica satisfação sexual com a obtenção de sangramento do parceiro. Algumas dessas atividades chegam ao extremo de conduzir à amputação de partes de outra pessoa e mesmo à morte dela (RODRIGUES, 2012).

Os sinais de violência psicológica ou física e a humilhação são sexualmente excitantes ao portador deste transtorno, ao invés da Parafilia Coerciva, onde a natureza imposta do ato sexual constitui a fonte de excitação sexual para o sujeito (PONTE, 2015).

Os critérios diagnósticos são: por um período de pelo menos seis meses, excitação sexual recorrente e intensa resultante de sofrimento físico ou psicológico de outra pessoa, conforme manifestado por fantasias, impulsos ou comportamentos; o indivíduo coloca em prática esses impulsos com pessoa que não consentiu, ou os impulsos ou as fantasias sexuais causam sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo no funcionamento social, profissional ou em outras áreas importantes da vida do indivíduo. Características diagnóstico: uso intenso de pornografia envolvendo o ato de infligir dor e sofrimento (DSM-V, 2014).

O termo Masoquismo foi originado no nome de Leopold von Sacher-Masoch, um escritor austríaco conhecido por suas novelas de dominação sexual e submissão. Esse termo é usado amplamente para designar qualquer situação onde um indivíduo se sente gratificado por ser machucado ou dominado, sem que haja necessariamente qualquer conotação sexual. A base deste é a excitação erótica através da submissão à dor física, humilhação psicológica, cuja gratificação é claramente sexual. A submissão é frequentemente representada pela restrição física, onde o indivíduo é amarrado, às vezes vendado e amordaçado, ficando à mercê do seu atacante. Indivíduos masoquistas podem se auto-infligir dor física durante a masturbação,

atando-se, espancando-se, beliscando-se, perfurando-se, auto-flagelando-se ou ainda utilizando-se de choques elétricos. Fantasias facilitam a excitação sexual para algumas pessoas, porém o diagnóstico de masoquismo sexual só é considerado se o indivíduo concretiza tais fantasias ou se fica extremamente perturbado por elas e não obtém prazer sexual de outro modo (ALMEIDA, 1996).

Uma forma particularmente perigosa deste desvio sexual é a asfixiofilia ou hipoxifilia, na qual a pessoa tenta intensificar o estímulo sexual pela privação de oxigênio. A excitação pela privação de oxigênio pode ser obtida por meio de compressão torácica, garrotes, ataduras, sufocação com saco plástico, máscara ou substância química, podendo ocorrer mortes acidentais (MURIBECA, 2009).

Segundo o DSM-V (2014) as características diagnósticas deste transtorno são: excitação sexual recorrente e intensa resultante do ato de ser humilhado, espancado, amarrado ou vítima de qualquer outro tipo de sofrimento, conforme manifestado por fantasias, impulsos ou comportamentos; as fantasias, os impulsos sexuais ou os comportamentos causam sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo no funcionamento social, profissional ou em outras áreas importantes da vida do indivíduo, por um período de pelo menos seis meses.

FREUD (1905), conclui que, por uma operação lógica, que há uma fantasia original, ou fundamental, e recalçada, e que serve de base para as outras duas etapas de desenvolvimento da fantasia de espancamento. Percebe o estreito vínculo entre as tendências masoquistas e a sexualidade, tomando em conta os efeitos erógenos da dor. As características associadas que apoiam o diagnóstico são: uso intenso de pornografia envolvendo o ato de ser humilhado, espancado, amarrado ou vítima de qualquer outro tipo de sofrimento é por vezes uma característica associada a esse transtorno (DSM-V, 2014).

No campo psicológico é onde ocorre a principal fusão do sadismo com masoquismo.

Clinicamente, eles muitas vezes existem separadamente, mas não há uma nítida linha de separação entre eles, e embora possa ser raro encontrar um elemento de sadismo no masoquista puro, é comum encontrar um traço de masoquismo no sadista. Até o próprio Sade não era um sadista puro, mas tinha em si diferentes elementos de masoquismo revelados claramente em suas palavras. Os elementos ativos e passivos podem estar estreitamente unidos, se não forem, na realidade, idênticos (ALMEIDA, 1996).

Freud uniu os dois termos, pois acreditava que o masoquismo era a continuação do sadismo voltado para si mesmo, e que uma pessoa que experimenta o prazer causando dor também pode obtê-lo recebendo (FREITAS, 2010).

As reflexões sobre o masoquismo encontram-se apoiadas nas idéias sustentadas basicamente em Pulsões e os destinos das pulsões. Obra em que embora Freud apresente a determinação endopsíquica da produção da fantasia desta parafilia, ainda aponta para um mecanismo específico - a “via reflexa intermediária” - por meio do qual procura explicitar o retorno da pulsão sobre si, introduzindo desse modo, uma mediação importante para se compreender a transformação da hetero-agressividade (apresentada pelo autor como “posição originalmente sádica”) em “auto-agressão” (momentos restritos à autoconservação) e dela fazendo derivar, por meio da noção enriquecedora de apoio, o masoquismo reflexo (AMARAL, 1995).

Atos leves à moderados de violência são comumente observados na atividade sexual de alguns animais e na maioria dos primatas, como por exemplo, a mordida no momento da penetração. Também entre os humanos, estímulos sadomasoquistas "leves", como mordidas ou o jogo dominação/subjugação sexual, são comumente utilizados para aumentar a excitação sexual durante ou precedendo o coito, sendo vistas apenas como acessório ritualístico (HALES *et al.*, 2012).

Fantasias sadomasoquistas provavelmente tem início na infância, pois existem relatos de aparecimento de fantasias nesta época, porém a atividade em si começa no início da vida adulta, a idade média do surgimento é de 19,3 anos. Muito pouco é conhecido sobre a persistência ao longo do tempo (DSM-V, 2014).

Diferentemente das outras parafilias, esse transtorno também é observado no sexo feminino. Durante a masturbação ou o coito, muitas mulheres evocam fantasias sexuais onde são estupradas ou forçadas a participar de atividades sexuais; porém, atividades mais violentas parecem prevalecer somente em indivíduos do sexo masculino. A maior parte das atividades são assentidas entre os parceiros, principalmente quando ocorrem em clubes próprios. No entanto, há indivíduos que impõem práticas sexuais sádicas a outrem sem o seu consentimento e são ocasionalmente relatados casos de assassinato com ferimento dos órgãos genitais seguidos de estupro vaginal e ou anal (ALMEIDA, 1996).

Explicações psicanalíticas sugerem a importância da associação de sentimentos agressividade entre a criança e seus pais na etiologia do sadomasoquismo. Uma visão psicanalítica interessante foi proposta por Glasser. Ele entende a agressão basicamente destrutiva, porém através da sexualização da agressão transforma-a no objeto de fonte de prazer. Teorias comportamentais sugerem que a aprendizagem associativa teria importante papel na etiologia do transtorno. Entretanto, o sadomasoquismo permanece difícil de ser entendido. Bancroft sugere que poderia ser visto como uma forma de estimulação sexual

ritualizada, onde há uma interação entre a necessidade de dominância, o significado psicológico da passividade, a sexualização da raiva e o efeito sexualmente estimulante da dor (HALES *et al.*, 2012).

A simulação desses atos, ou a fantasia deles, enquanto acompanhamento erótico durante atividade sexual parece ser comum. A produção de material pornográfico sadomasoquista e a venda de aparatos em sex-shops também parecem indicar que haja um vasto público apreciador de tais práticas (MURIBECA, 2009).

Os determinantes do comportamento tem sido motivo de muita especulação, porém pouco se sabe sobre o assunto. A interação entre agressão e comportamento sexual é complexa. Na maioria das culturas, a dominância sexual é uma característica masculina, enquanto que a submissão ou passividade fazem parte do papel sexual e social estereotipado da mulher. Onde a mulher é vista como uma propriedade do homem, a dominação sexual do macho é uma maneira de assegurar sua dominância sobre a fêmea (ALMEIDA, 1996).

Não há informação confiável sobre o prognóstico do transtorno sadomasoquista. A experiência clínica sugere que, uma vez estabelecido como modo preferido de comportamento sexual, a tendência é de que este persista, especialmente nas formas mais severas. Os rituais se repetem e a tendência de aumentar a periculosidade dos atos com o passar do tempo parece ser comum. Quando o sadismo sexual é severo e está associado a distúrbio anti-social de personalidade, há o risco de graves ferimentos ou mutilações ou ainda, de morte da vítima (HALES *et al.*, 2012).

No entanto, o DSM-V (2014) apresenta o curso do transtorno possivelmente varie com o passar do tempo. É provável que o avanço da idade cause o mesmo efeito redutor sobre a preferência sexual envolvendo sadomasoquismo sexual encontrado em outros comportamentos sexuais parafilicos ou normofílicos.

A prática é vista como patologia por diversos autores como FREUD e POSTERLI, assim como a literatura psiquiátrica, pensaram a prática no sentido clássico (do sadismo de Sade), não na possibilidade de que ela ocorra no contexto consensual, como ato ritualístico, apenas como complementação do ato sexual (FREITAS, 2010).

Entretanto, há que se diferenciar o sadomasoquismo simples, que na imensa maioria das vezes, não tem exclusiva intenção de coito, e estão em consenso com o parceiro, e com limites rígidos; do violentador, com características sádicas, este que utiliza a agressão em forma despropositada, ou seja, não atende a fantasia erótica de posse sexual a que motiva a sexualidade sadomasoquista. O violentador sádico, que normalmente é o criminoso sexual

serial, tem a inclinação de violentar, agredir e humilhar sua vítima empregando uma postura atroz e é considerado o mais perigoso, por ser egocêntrico e cruel (ABREU, 2005).

Para FOUCAULT (2001), o sadomasoquismo é uma encenação de estruturas de poder, onde o corpo se coloca estrategicamente, se brinca com a autoridade e ser dominado ou dominar são posições fluidas (FREITAS, 2010).

Voyerismo

É chamado de Voyeur o indivíduo que obtém satisfação sexual da observação escondida de mulheres despindo-se, banhando-se, ou em atividade sexual. A maioria das pessoas, tanto homens quanto mulheres, tem tendência a olhar cenas sexualmente estimulantes (HALES *et al.*, 2012).

O voyeurismo envolve o ato de olhar indivíduos, comumente estranhos, sem suspeitar que estejam sendo observados, que estão nus, a se despirem ou em atividade sexual. O ato de observar serve à finalidade de obter excitação sexual, e habitualmente não é tentada qualquer atividade sexual com a pessoa observada (MURIBECA, 2009).

O que caracteriza esse transtorno é a repetida e compulsiva utilização dessa atividade como fonte de excitação sexual, seguida de masturbação e orgasmo, sem que a pessoa observada tome conhecimento ocorrido. Não há relatos de que o transtorno ocorra em mulheres (HALES *et al.*, 2012).

Para ALVES e SOUSA (2004), o termo perversão, derivado do latim *pervertere*, práticas sexuais consideradas desviantes da normal sexual e social, traz já em seu significado original sua conotação sexual. Segundo o DSM-V (2014), os critérios diagnósticos incluem um período mínimo de 6 meses de manifestação do transtorno. Neste caso específico, a classificação não requer que esta seja a única ou preferida forma de excitação sexual, já que a grande maioria dos indivíduos engajados nessas atividades matem relações sexuais satisfatórias com parceiros adultos.

Habitualmente, aquele que pratica é denunciado por transeuntes, e não pela pessoa que está sendo observada. No código penal não há classificação especial que enquadre o comportamento voyeurístico como um delito sexual; geralmente ele é acusado de “perturbar a paz” ou, quando há várias vítimas envolvidas, de “causar aborrecimento público.” Eles usualmente não se interessam por campos de nudismo ou outros lugares ou lugares em que a observação é permitida, pública e explícita (HALES *et al.*, 2012).

Segundo ALVES e SOUSA (2004), algumas práticas sexuais são então qualificadas de “patológicas”, o que faz surgir novas formas de perversões em que o outro é usado para obtenção de prazer e, mais uma vez, a finalidade natural é subvertida. Voyeurismo,

exibicionismo, sadismo, masoquismo vêm juntar-se à infindável nosografia psiquiátrica da época.

FREUD (1905), nos Três Ensaios, comenta que o prazer de ver (escopofilia) transforma-se em perversão: quando se restringe exclusivamente à genitália; quando se liga à superação do asco (espectador das funções excretórias); ou quando suplanta o alvo sexual normal, em vez de ser preparatório a ele.

Segundo HALES *et al* (2012), o estupro precedido por atividade voyeurística ocorre raramente, sendo que os indivíduos que se fazem notar (batendo na janela, por exemplo) são os que mais provavelmente podem prosseguir com comportamento violento. O curso do transtorno tende a ser crônico, às vezes episódico, manifestando-se somente em momentos de crise emocional.

Diagnósticos diferenciais incluem a preferência pelas atividades de ver outras pessoas, precedendo o ato sexual com o próprio parceiro ou com pessoas que estejam envolvidas na atividade sexual. Existe uma predileção por assistir pornografia, ao vivo ou filmada, onde as pessoas que estão sendo observadas tem alguma forma de participação. A explicação mais óbvia para esse tipo de comportamento é que ele proporciona estímulo sexual sem risco de contato ou rejeição, sendo literalmente mais fácil observar do que participar (HALES *et al.*, 2012).

Segundo ALVES e SOUSA (2004), segundo a psicanálise, os processos mentais inconscientes ocorrem em todas as pessoas o tempo todo, alterando a percepção do que ocorre consigo e por projeção objetivamente do que é percebido do mundo externo. Há um conflito estrutural e não conjuntural entre os registros da pulsão e da civilização. A prevalência de voyeurismo na população geral é desconhecida. A excitação sexual através desse comportamento se manifesta antes dos 15 anos de idade em mais de 50% dos casos (HALES *et al.*, 2012).

4 Conclusão

A discussão dos transtornos parafílicos extrapola o âmbito da Psicologia, havendo incursões nos campos da Biologia e Sociologia. Há pesquisas com animais voltadas para a explicação biológica e na área sociológica, as mudanças e as diferentes culturas exercem pressão na definição das condutas sexuais aceitáveis ou não.

Os comportamentos parafílicos nem sempre representam problema, mas quando o são, é necessário recorrer a critérios diagnósticos, que se dão por tempo de duração, pela excitação recorrente e intensa, pela causa de sofrimento clinicamente significativo e/ou pelos prejuízos

na vida social, profissional ou em outras áreas importantes da vida do indivíduo, por acarretarem inúmeros déficits nas áreas funcionais dos indivíduos que as praticam e quando trazem consequências negativas à outrem.

Face ao que foi exposto e tendo vista que o presente artigo limitou-se apenas aos aspectos psicológico e psiquiátrico de maneira superficial, fica evidente que há plenas condições de aprofundar o tema em trabalhos futuros, bem como envolver outras áreas do conhecimento, mormente as Ciências Biológicas e as Sociais, buscando-se maior compreensão do tema e munir o psicólogo com ferramentas capazes para distinguir o que se enquadra na esfera de patologias, diferenciando o que é cada parafilia, o que necessita ser assistido clinicamente.

5 Referências

1. ABREU, I. Delitos Sexuais. Portugal, 2005. Disponível em: <http://www.psicologia.pt/artigos/textos/TL0042.pdf> Acesso em: 15 de mar. 2016.
2. ALBERTI, S. A perversão, o desejo e a pulsão. Fortaleza, 2005. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php> Acesso em: 20/03/2016.
3. ALVES, K.; SOUSA, S. **A perversão sob a ótica da Medicina Legal**, 2004. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php> Acesso em: 22/03/2016.
4. ALMEIDA, O. P. **Manual de Psiquiatria Clínica**. 2ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1996.
5. AMARAL, M.G.T. **Os três ensaios sobre a teoria da sexualidade: um texto perdido em suas sucessivas edições?** Psicologia USP, São Paulo, v.6, n. 2, p.63-84, 1995.
6. DALGALARRONDO, P. **Psicopatologia e semiologia dos transtornos mentais**. 2ª ed. Porto Alegre: Artmed, 2008.
7. FOUCAULT, M. **História da sexualidade I - A vontade de saber**. 1ª ed. Rio de Janeiro: Graal, 2001.
8. FREUD, S. (1905). **Três ensaios sobre a teoria da sexualidade**. In: Estudos sobre a histeria, três ensaios sobre a teoria da sexualidade e outros trabalhos. v. 7. Rio de Janeiro: Imago, 1977.
9. FREITAS, F. **Bondage, dominação, submissão e sadomasoquismo: uma etnografia sobre práticas eróticas que envolvem prazer e poder em contextos consensuais**, 2010. Disponível em: https://www.sertao.ufg.br/up/16/o/Dissertacao%Fatima_Freitas.pdf Acesso em: 19 de mar. 2016.
10. FUKAHORI, L., SILVEIRA, J.M., COSTA, C. E. **Exibicionismo e procedimentos baseados na Terapia de Aceitação e Compromisso: Um relato de caso**. Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva. 2005, Vol. VII, nº 1. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php>. Acesso em: 17 de mar. 2016.
11. HALES, R; YUDOFKY, S; GABBARD, G. **Tratado de Psiquiatria Clínica**. 5ª ed. Porto Alegre: Artmed, 2012.
12. HUMES, E. C., VIEIRA, M. E. B., FRAGAS, R. **Psiquiatria Interdisciplinar**. 1ª ed. São Paulo: Manole, 2016.
13. KAPLAN, H. I., Grebb, J. A., Sadock, B. J. **Compêndio de Psiquiatria - Ciências do Comportamento e Psiquiatria Clínica**. 9ª ed. Porto Alegre: Artmed, 2007.

14. LUCENA, B.; ABDO, C. **Transtorno parafílico: o que mudou com o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-5)**, 2014. Disponível em: <http://files.bvs.br/upload/S/1413-9979/2014/v19n2/a4147.pdf> Acesso em: 13 de mar 2016.
15. **Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais - Dsm V - 5ª Ed.** 2014
16. MURIBECA, M. **As diferenças que nos constituem e as perversões que nos diferenciam**, 2009. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?> Acesso em: 13 de mar 2016.
17. PONTE, S. **A Experiência da Parafilia Coerciva: Da Coerção sexual à patologização**, 2015. Disponível em: <http://repositorio.ispa.pt/handle/10400.12/4156> Acesso em: 17 de mar 2016.
18. RODRIGUES, O. **Parafilias – Das perversões às variações sexuais**. 1ª ed. São Paulo: Zagodoni, 2012.
19. ROUDINESCO, E; PLON, M. **Dicionário de Psicanálise**. 1ª ed. Rio de Janeiro: Zahar, 1994.
20. SANTOS, R. **Fetichismo: paradigma da perversão**. Portugal. 2007 Disponível em: www.psicologia.pt Acesso em: 10 de abril de 2016.