



FACULDADE DE MEDICINA  
UNIVERSIDADE DO PORTO

## MESTRADO INTEGRADO EM MEDICINA

2009/2010

Fabrcia Iolanda Carolino Figueiredo de Oliveira

Deficincia Intelectual e Crime

Abril, 2010

# FMUP



FACULDADE DE MEDICINA  
UNIVERSIDADE DO PORTO

Fabrcia Iolanda Carolino Figueiredo de Oliveira  
Deficiênciã Intellectual e Crime

**Mestrado Integrado em Medicina**

**Área: Psiquiatria**

**Trabalho efectuado sobre a Orientaçãõ e Co-orientaçãõ respectiva de:**

**Prof. Doutor Rui Coelho**

**Mestre Susana Almeida Cunha**

**Segundo a revista:**

**Arquivos de Medicina**

**Abril, 2010**

**FMUP**

Eu, Fabrícia Iolanda Carolino Figueiredo de Oliveira, abaixo assinado, nº mecanográfico 040801008, aluno do 6º ano do Mestrado Integrado em Medicina, na Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, declaro ter actuado com absoluta integridade na elaboração deste projecto de opção.

Neste sentido, confirmo que NÃO incorri em plágio (acto pelo qual um indivíduo, mesmo por omissão, assume a autoria de um determinado trabalho intelectual, ou partes dele). Mais declaro que todas as frases que retirei de trabalhos anteriores pertencentes a outros autores, foram referenciadas, ou redigidas com novas palavras, tendo colocado, neste caso, a citação da fonte bibliográfica.

Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, 15/04/2010

Assinatura:



**Nome:** Fabricia Iolanda Carolino Figueiredo de Oliveira

**Endereço electrónico:** m04008@med.up.pt

**Título da Monografia:**

Deficiência Intelectual e Crime

**Nome completo do Orientador:**

Rui Manuel Bento Almeida Coelho

**Nome completo do Co-Orientador:**

Susana Maria Pinto Almeida Leitão da Cunha

**Ano de conclusão:** 2010

**Designação da área do projecto de opção:**

Psiquiatria

É autorizada a reprodução integral desta Monografia apenas para efeitos de investigação, mediante declaração escrita do interessado, que a tal se compromete.

Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, 15/04/2010

Assinatura: \_\_\_\_\_



## **Agradecimentos**

Ao Professor Doutor Rui Coelho e à Mestre Susana Almeida Cunha, respectivamente orientador e co-orientadora deste projecto de opção, pela sugestão do tema, orientação, críticas e sugestões que tanto contribuíram para o enriquecimento da monografia, bem como para o crescimento dos meus conhecimentos científicos.

## **Título**

Deficiência Intelectual e Crime

## **Resumo**

A Deficiência Intelectual (DI) é uma perturbação do desenvolvimento mental que se caracteriza por défices das funções cognitivas, linguagem, motoras e sociais.

Nos últimos anos, foi retomado o debate sobre a criminalidade no âmbito da Deficiência Intelectual. A prevalência desta perturbação na população de criminosos pode variar de 2 a 40%, entre os diferentes estudos.

O risco de um deficiente intelectual incorrer em práticas criminosas associa-se, geralmente, a três factores principais – o grau de DI, a apresentação clínica desta e o enquadramento social do sujeito. A tendência para a prática delinvente entre os deficientes intelectuais poderá também não ser alheia a uma história prévia de vitimização.

Os tipos de crime que mais frequentemente têm sido relatados entre os portadores de Deficiência Intelectual são os de ofensa à integridade física, de homicídio, de abuso sexual e de provocar incêndio. Alguns estudos mostram uma associação frequente da prática de tais actos com o abuso de substâncias, nomeadamente o álcool.

A Psiquiatria Forense aplicada ao campo da Deficiência Intelectual é uma ciência em desenvolvimento. É necessário que a questão da criminalidade nos portadores de psicopatologia comece a ser encarada mais como uma questão de Saúde Mental Pública, para que a intervenção a este nível passe a ser essencialmente preventiva.

*Palavras-chave:* “deficiência intelectual”; “debilidade intelectual”; “crime”; “criminalidade”; “imputabilidade”

**Title**

Intellectual Disability and Crime

**Abstract**

Intellectual Disability is a disorder of the mental development characterized by an impairment in cognitive functions, speech, motor and social skills.

In the recent years, the debate on criminality among the intellectual disabled has been retaken. The prevalence of the disorder in the criminal population ranges from 2 to 40% between different studies.

The three most important risk factors predicting criminal behaviour in the intellectual disabled group are the severity of the disorder, its clinical presentation and the social environment of the individual. A previous history of victimization can also be a predisposing factor.

The most common types of crime practiced by intellectual disabled individuals are physical aggression, homicide, sexual assault and fire setting. Some studies found a frequent association between the practice of such acts and substance abuse.

Forensic Psychiatry in the field of Intellectual Disability is a growing science. The criminality among individuals with psychopathology should be faced as a problem of Public Mental Health, so that the intervention could be essentially prophylactic.

*Keywords:* “intellectual disability”; “crime”; “criminality”; “guilt”

## Índice

Introdução.....	5
Métodos.....	6
Prevalência da Deficiência Intelectual entre aqueles que infringem a Lei Penal.....	7
Características dos deficientes intelectuais que cometem crimes.....	9
Vitimização como factor de risco.....	10
Factores associados à reincidência no crime pelos deficientes intelectuais.....	12
Tipos de crime mais frequentes.....	13
Abordagem terapêutica dos comportamentos sexuais desadequados.....	16
Abordagem Farmacológica.....	16
Abordagem Cognitivo-Comportamental.....	17
Falsas Confissões.....	19
Deficiência Intelectual e sua relação com o conceito de inimputabilidade em virtude de anomalia psíquica, no Direito Penal Português.....	21
Conclusão.....	23
Bibliografia.....	24



## **Introdução**

A Deficiência Intelectual (DI) corresponde a uma perturbação do desenvolvimento mental, traduzida por défices das funções cognitivas, de linguagem, motoras e sociais, a qual pode ocorrer de forma independente de outras alterações, físicas ou mentais. Manifesta-se antes da idade adulta e a sua etiologia pode ser múltipla, sendo encarada como uma consequência comum a vários processos patológicos que comprometem o funcionamento do Sistema Nervoso Central. A prevalência estimada da DI, na população mundial, é de 1 a 2%, com o género masculino a ser uma vez e meia mais afectado que o feminino (1).

Enquanto diagnóstico que é, a DI encontra-se mais objectivamente definida nos critérios do DSM-IV-TR (2), como um funcionamento intelectual global inferior à média (Critério A), que é acompanhado por limitações no funcionamento adaptativo, em pelo menos 2 das seguintes áreas: comunicação, cuidados próprios, vida doméstica, competências sociais/interpessoais, uso de recursos comunitários, autocontrolo, competências académicas funcionais, trabalho, tempos livres, saúde e segurança (Critério B). O início deve ser antes dos 18 anos (Critério C).

Esta definição de DI não se afasta muito da constante dos critérios europeus da CID-10 (3). O funcionamento intelectual global pode ser determinado pela aplicação de testes de inteligência, sendo considerado significativamente inferior à média quando o quociente de inteligência (QI) aferido é igual ou inferior a 70, correspondendo aproximadamente a dois desvios-padrão abaixo da média (2).

Nos últimos anos, foi retomado o debate sobre a criminalidade no âmbito da Deficiência Intelectual, já que a presença deste diagnóstico se associa, não raras vezes, à manifestação de comportamentos de desafio, nomeadamente agressivos e destrutivos (4). A agressão constitui-se, em termos jurídico-penais, como “um acto contrário ao direito do outro” (5).

## **Métodos**

Com o objectivo de desenvolver uma revisão da literatura assente na questão do Crime envolvendo indivíduos com Deficiência Intelectual, foi realizada uma pesquisa na base de dados “Pubmed”, limitada aos últimos 10 anos. A partir desta pesquisa, foram encontrados 205 artigos, dos quais 14 ficaram excluídos por idioma (aqueles que não estavam em Português, Espanhol ou Inglês) e 77 por leitura dos títulos e/ou *abstracts*.

Foi possível obter 88 artigos na íntegra. Quanto aos restantes 26, não houve resposta por parte dos autores. Finalmente, por apresentarem relevância para o estudo do tema em análise, dos artigos lidos na sua totalidade, foram incluídos, nesta revisão de literatura, 35 artigos. Igualmente se incluíram artigos relevantes, constando da bibliografia das fontes originalmente revistas.

Para uma integração do tema abordado, foram ainda consultados os critérios diagnósticos de Deficiência Intelectual, constantes dos manuais CID-10 e DSM-IV-TR. Para a abordagem da relação da Deficiência Intelectual com o conceito jurídico de Imputabilidade, foi consultado o Código Penal Português.

## **Prevalência da Deficiência Intelectual entre aqueles que infringem a Lei Penal**

A natureza e a abrangência dos Serviços destinados a pessoas com DI variam consideravelmente dentro dos diferentes países, o que acaba por influenciar os índices de criminalidade registada neste grupo particular de indivíduos (6).

As divergências na definição e na determinação do diagnóstico de DI estarão por detrás da variabilidade encontrada nos valores de prevalência desta doença entre os indivíduos indiciados ou condenados em sede penal. Entre os diferentes estudos, a prevalência de DI entre os criminosos pode variar tanto como 2% até 40% (7).

As definições de DI internacionalmente aceites (CID-10 e DSM-IV-TR) englobam não apenas a esfera cognitiva, como também a dimensão dos comportamentos adaptativos, que neste contexto apresentarão algum grau, maior ou menor, de comprometimento. Nos países ocidentais, as escalas diagnósticas mais utilizadas são as de inteligência de Wechsler – WAIS III (*Wechsler Adult Intelligence Scale*) e WASI (*Wechsler Abbreviated Scale of Intelligence*) (6,8,9).

Considerando apenas os valores do quociente de inteligência (QI), Crocker *et al.* encontraram uma prevalência de cerca de 20% de DI, entre 281 indivíduos detidos por crime, a aguardar julgamento (10). Estes resultados estão a par dos encontrados por Dwyer *et al.* entre um grupo de indivíduos indiciados por crime de homicídio (11). Já Herrington (12), utilizando não apenas escalas de inteligência, mas também a avaliação das capacidades adaptativas não encontrou nenhum indivíduo, entre 127 homens detidos, preenchendo os critérios para DI; por outro lado, ao aplicar apenas o critério “QI”, a prevalência estimada elevou-se para 10,4% (12), equiparando-se aos resultados obtidos por Sondenaa *et al.* (13).

Uma revisão da literatura, por Holland *et al.*, relata uma prevalência de criminalidade de 2 a 5%, entre homens e mulheres portadores de DI; e, entre indivíduos suspeitos de acção criminosa, uma prevalência da perturbação atingindo os 9% (14).

Naturalmente, os estudos desenvolvidos até hoje continuam a pecar por limitações metodológicas, que tornam necessários trabalhos em maior escala, nomeadamente mais estudos de prevalência do crime na DI e não apenas o inverso, isto é, prevalência da DI entre os agentes de crimes. Mais ainda, é necessário aferir a forma como é efectuado o diagnóstico da DI, no sentido de determinar se é limitada ao cálculo do QI ou se também avalia as capacidades adaptativas.

## **Características dos deficientes intelectuais que cometem crimes**

O risco de um indivíduo com DI incorrer em práticas criminosas é, geralmente, associado a três factores essenciais; são eles o grau de DI, a apresentação clínica desta e o enquadramento social do sujeito (1).

Com base no grau de incapacidade intelectual, podem ser especificados quatro graus de gravidade da DI (Quadros 1 e 2). Em cerca de 85% dos casos, a DI está presente na sua forma Ligeira, com um QI calculado entre 50 e 70, equivalente à categoria pedagógica “educável” (2). São os indivíduos pertencentes a este grupo que mais vezes têm vindo a ser associados ao envolvimento em comportamentos que a sociedade condena, em sede penal (15). Como referido em Tabora *et al.*, “(...) quanto mais próxima da normalidade estiver a inteligência do infractor, melhores serão os recursos que ele terá para planear e executar com eficiência o delito” (1). Uma revisão da literatura, de 2002, revela uma proporção quase negligenciável de portadores de DI grave ou profunda, envolvidos em práticas criminosas (15).

Entre um grupo de delinquentes finlandeses, 84% portadores de DI leve, foram encontrados problemas de dependência/abuso de substâncias, história criminal prévia e desintegração social, à semelhança do que se verifica em delinquentes sem perturbações do desenvolvimento cognitivo (16). Famílias extensas, com mais de 4 filhos, parecem associar-se a uma maior incidência de problemas escolares e de criminalidade recorrente (16).

Outro aspecto que releva destes resultados é o facto de, em concordância com outros estudos e conforme já referido, se verificar uma maior associação de comportamentos disruptivos com a DI leve do que com formas mais graves da perturbação. A presença de doenças psiquiátricas concomitantes não é infrequente e, neste sentido, Männynsalo *et al.* (16) encontraram o diagnóstico de Perturbação de Personalidade Anti-Social (DPA) em ¼ dos delinquentes com DI, sendo o mais frequente depois do Abuso/Dependência de Substâncias (68%), seguido da Perturbação de Personalidade *Borderline* em 11%. Contudo, estas características não são distintivas deste grupo de delinquentes comparativamente aos seus

correspondentes sem DI (16). Ainda sobre esta matéria, os autores verificaram que apenas 5% dos indivíduos apresentavam perturbações psicóticas, número que difere, por largo defeito, dos encontrados em estudos prévios (11,17). O triplo diagnóstico (abuso de substâncias, doença mental e DI) a que se refere Barnhill (18) estava presente em mais de um terço dos delinquentes, no trabalho de Männynsalo (16).

Num estudo prospectivo de Barron *et al.* (17), mais de metade dos indivíduos com DI apresentavam psicopatologia concomitante, particularmente perturbações psicóticas. Foi relatada, com frequência, a existência de história prévia de episódios convulsivos (17). Uma tentativa de traçar um perfil, baseado em traços de personalidade, para os criminosos com DI foi empreendida por Stupperich *et al.* (19), com base na avaliação psicológica de 374 indivíduos do sexo masculino; um subgrupo de portadores de DI foi identificado. Estes mostraram maior frequência de comportamento paranóide e tendência para uma baixa auto-estima e uma reduzida organização, bem como marcada sensibilidade à rejeição. No entanto, demonstraram um gosto pela acção e uma elevada capacidade para o seu planeamento.

Num estudo transversal realizado com indivíduos portadores de DI moderada, Parry & Lindsay (20) relataram uma impulsividade marcadamente inferior entre os agressores sexuais, comparativamente aos agentes de crimes de outra natureza. Este é um achado que poderá, conforme discutido pelos autores, consubstanciar a teoria de que a agressão sexual de crianças é um crime que requer planeamento.

### **Vitimização como factor de risco**

Testemunhar comportamentos agressivos parentais durante a infância pode associar-se, de forma significativa, à manifestação de agressividade pelos adultos com DI (21). A tendência para a prática delinvente, nomeadamente entre os indivíduos com DI, poderá também não ser alheia a uma história de vitimização dos agora perpetradores (22), particularmente se estes pertencerem ao género feminino (23). Lindsay *et al.* observaram uma maior propensão para a prática de determinado tipo de delito conforme o tipo de abuso de que o agente foi vítima na

infância (24). Assim, neste estudo retrospectivo envolvendo indivíduos com DI, os agressores sexuais apresentavam mais frequentemente história de abuso sexual na infância, ao mesmo tempo que os indivíduos que praticavam agressões de outra natureza tinham mais vezes sido vítimas de abusos físicos não-sexuais.

Firth *et al.* (25) aventaram a hipótese de que o comportamento de abuso, por parte dos delinquentes, seria a tradução de uma resposta à vitimização durante a infância. A possibilidade de um comportamento abusivo reactivo foi estudada retrospectivamente por este grupo de investigadores, numa amostra de crianças e adolescentes com DI que praticaram crimes de abuso sexual. Pela análise retrospectiva dos registos clínicos, a presença de sintomatologia pós-traumática foi avaliada, no sentido de determinar se esta configuraria um diagnóstico de “Perturbação de *Stress* Pós-Traumático” (2). Contudo, e não diferindo dos resultados de um estudo anterior (26), apenas um dos 43 indivíduos estudados cumpria tais critérios, pelo que não foi possível estabelecer a associação postulada, entre vitimização na infância e manifestação de comportamentos abusivos/delinquentes de natureza reactiva (25).

Ainda no mesmo trabalho de Firth *et al.* (25), um subgrupo de perpetradores não apresentava registo de vitimização sexual na infância. Nestes emergia um padrão de dificuldade no controlo da agressividade e de outros impulsos não-sexuais. Nestes casos, uma intervenção terapêutica e educacional, focada na empatia com a vítima e nas capacidades de relacionamento interpessoal, poderá ser uma abordagem aos agressores com DI potencialmente válida (25). Por outro lado, Lindsay & Lees reportaram níveis mais baixos de ansiedade e depressão entre os agressores sexuais com DI, quando comparados com os deficientes intelectuais que manifestaram comportamentos de desafio e praticaram delitos de outra natureza que não a sexual (27). A fundamentação para tal observação, concordante com literatura prévia, permanece por estabelecer (27).

## **Factores associados à reincidência no crime pelos deficientes intelectuais**

A probabilidade de um deficiente intelectual incorrer de forma recorrente em delitos penais encontra-se aumentada se o indivíduo é mais jovem e desempregado, de acordo com o estudo de Cockram (28). A habitação estável numa residência, preferencialmente com a família, não parece funcionar como um factor inibidor do comportamento criminoso (28). Ainda assim, o autor observou que o tempo médio decorrido entre a prática dos delitos é inferior entre os delinquentes em reabilitação colocados sob tutela institucional, por comparação àqueles que ficam sob vigilância ambulatoria (28). Mais, a partir do momento em que o indivíduo é “apanhado” na rede da Justiça, mais difícil se torna sair de uma “espiral” de circunstâncias que o incentivam à prática do crime (28).

Segundo os resultados de um estudo longitudinal, com um período de seguimento de 12 anos, levado a cabo por Alexander *et al*, os deficientes intelectuais serão, mais frequentemente, alvo de múltiplas condenações em sede penal, se tiverem idade inferior a 27 anos, se estiver presente uma perturbação da personalidade concomitante e/ou tiverem sido previamente acusados por crimes de furto ou de roubo. (29). Resulta ainda uma maior tendência à reincidência criminal por parte dos deficientes intelectuais sujeitos a mudanças permanentes do local de acolhimento institucional.

No acompanhamento do processo de reinserção na comunidade de um grupo de deficientes intelectuais que cumpriu pena em regime fechado, Riches *et al*. observaram algumas características entre os deficientes intelectuais que reincidiram em delitos sexuais, tais como uma baixa capacidade de lidar com a raiva, reduzida auto-estima, falta de adequada ocupação diária, vulnerabilidade à exploração financeira, falta de uma rede de suporte de amigos, falta de habitação e, acima de tudo, falta de um ambiente familiar estruturado, características que poderão constituir factores de risco para a reincidência no crime (30).



## **Tipos de crime mais frequentes**

Um dos principais obstáculos à integração dos indivíduos com DI na comunidade reside na agressividade por estes demonstrada (31). Crocker *et al.*, ao estudar um grupo de 3165 adultos com DI, encontraram comportamentos agressivos em mais de metade destes, com cerca de 25% da população estudada tendo perpetrado crimes contra a propriedade e, igual percentagem, crimes contra a integridade física (31). Lindsay *et al.* verificaram existir uma clara tendência para o envolvimento em actos ilícitos entre os indivíduos portadores de DI do sexo masculino (32).

No estudo de Männynsalo *et al.* (16), cerca de 40% dos indivíduos com DI (n=44) encontravam-se indiciados por ofensa à integridade física ou homicídio (voluntário, involuntário ou na forma tentada), sendo que os crimes violentos, no seu conjunto, apresentaram-se como os mais frequentes, tal como se verifica em Barron *et al.* (17). Naquele trabalho (16), quase 30% dos delinquentes foram acusados de provocar incêndios e 14% incorreram em crimes de natureza sexual. Durante a prática destes actos, 45% dos indivíduos encontravam-se sob o efeito de substâncias, o álcool em quase metade dos casos, eventualmente associado a outros tóxicos (16).

O abuso sexual de crianças constitui um crime contra a autodeterminação sexual, previsto e punido no artigo 171º do Código Penal Português (CP) (33). Vários estudos encontraram uma maior tendência para a prática de crimes sexuais entre os criminosos com DI, comparativamente àqueles sem esse diagnóstico, com prevalências até 50% (15), particularmente os dirigidos a indivíduos do mesmo sexo e a crianças (34). Ao longo do tempo, tem sido aventada, por alguns autores, a hipótese de que tal sucederia devido a uma maior imaturidade dos indivíduos com DI, nomeadamente em matéria de sexualidade (34). Hingsberger *et al.* (35), em 1991, descreveram esta hipótese como “*counterfeit deviance*”; o conceito, que não encontra uma adequada tradução na língua portuguesa, coloca o comportamento sexual desviante manifestado pelos deficientes intelectuais como tradutor da sua

falta de conhecimentos sobre sexualidade e de uma imaturidade intelectual e no relacionamento interpessoal em geral, mais do que sendo o reflexo das suas preferências sexuais.

Contudo, Michie *et al.* chegaram à conclusão de que os agressores sexuais, incluindo aqueles com DI, apresentam um maior conhecimento em questões relacionadas com a sexualidade, quando comparados com os que não cometem actos dessa natureza (36). Neste sentido, Rice *et al.* (34) avaliaram um grupo de indivíduos do género masculino, demonstrando que, à semelhança do que se verifica com os agressores sexuais em geral, aqueles com DI incorrem em práticas sexuais não consentidas, em grande parte, devido a tendências sexuais desviantes, concretamente formas extremas de pedofilia (interesse em crianças com menos de 5 anos, particularmente rapazes) (Quadro 3). Os autores sugerem que a pedofilia e a DI poderão partilhar uma etiologia comum, sediada em perturbações ao nível do neurodesenvolvimento.

Um outro tipo de crime, previsto e punido nos artigos 272º e 274º do CP (33), cuja prática tem vindo a ser associada a indivíduos portadores de DI, é o crime de incêndio. Neste ponto, será interessante referir o estudo de Lindberg *et al.* num grupo de 90 incendiários reincidentes, todos do género masculino, que encontrou o diagnóstico de DI em 18% dos indivíduos (37). Na verdade, de acordo com os critérios do DSM-IV-TR (2), este diagnóstico exclui, entre outros, o da piromania, a qual deve ser encarada como um fenómeno extremamente raro, entre os incendiários (37). É possível que os portadores de DI expressem os seus sentimentos de raiva, frustração e tristeza através de modelos de acção específicos e repetitivos, tais como provocar incêndio, explicando o facto de a quase totalidade da percentagem de incendiários com DI encontrada corresponder a deficientes intelectuais sem história da prática de outros tipos de crime (37).

Será ainda relevante mencionar o trabalho de Farooque & Ernst, no qual são estudados retrospectivamente, com base em análises de registos clínicos e policiais, casos de homicídio em que o agente do crime é ascendente da vítima (38). Conforme previsto no Código Penal Português, por “(...) revelar especial censurabilidade ou perversidade (...)”, este tipo de crime

define-se como homicídio qualificado no artigo 132º do CP (33). Os resultados encontrados por aqueles autores sugerem que o nível de funcionamento intelectual dos progenitores possa ser um importante factor no que respeita à segurança dos filhos, já que as capacidades parentais, nomeadamente a de lidar com factores de *stress*, poderão estar comprometidas quando o cuidador é portador de DI. Assim, os filhos sob a tutela de pais com DI poderão estar em risco de ser vítimas de negligência, abusos, ou mesmo homicídio, com os progenitores como perpetradores de tão graves ofensas (38).

## **Abordagem terapêutica dos comportamentos sexuais desadequados**

Os indivíduos com DI que cometem crimes são um grupo com características complexas, apresentando maior necessidade de intervenções terapêuticas especializadas a longo prazo. Não obstante, a inadequada identificação dos casos de DI leva a que, muitas das vezes, o tratamento seja negligenciado. De qualquer forma, os métodos terapêuticos mais apropriados não estão ainda claramente estabelecidos, sendo necessária maior investigação nesta área.

### **a) Abordagem Farmacológica**

O tratamento farmacológico aplicado para controlo dos comportamentos sexuais inapropriados (CSI) pode passar pela depleção dos androgénios, os quais são responsáveis pela regulação da sexualidade, bem como interferem com características da personalidade, com as emoções e com a agressividade. Uma revisão sistemática da literatura médica, de 2008, incluiu diferentes estudos em que foi aplicado o tratamento com acetato de ciproterona, antagonista competitivo dos receptores androgénicos nucleares (39). Os estudos abrangidos, levados a cabo na década de 70 e que incluíram especificamente uma amostra com deficientes intelectuais, demonstraram uma resposta favorável ao tratamento, embora tenham carecido de metodologia adequada (39). Num destes trabalhos, até 80% dos deficientes intelectuais foram beneficiados pelo fármaco durante o período de tratamento de 4 anos; num outro estudo, nenhum dos indivíduos sob tratamento incorreu em agressões sexuais, pelo menos enquanto o estudo durou (39).

Os agonistas da hormona libertadora das gonadotrofinas têm sido utilizados mais recentemente com o objectivo de produzir uma “castração química”. Ao contrário do que ocorre com a libertação fisiológica pulsátil da hormona, a exposição contínua aos seus agonistas produz supressão do eixo hipófise-gónadas. Numa revisão de literatura, os estudos que incluíram uma amostra com portadores de DI revelaram uma melhoria considerável durante o tratamento com tais fármacos, a qual se manteve por vários anos após o término da intervenção farmacológica (39).

Fármacos psicotrópicos também demonstraram benefícios no controlo de CSI, nomeadamente os inibidores selectivos da recaptção da serotonina (ISRS) (39). Esta classe de fármacos mostrou-se eficaz, nomeadamente na facilitação de resposta sexual a estímulos apropriados, bem como na diminuição da libido e na indução de disfunção erétil, ejaculatória e orgásmica (39). Os dois últimos efeitos são tradicionalmente considerados como efeitos colaterais dos ISRS, que neste contexto poderão desempenhar um papel terapêutico.

Num estudo retrospectivo de Janowsky *et al.* (40), a intervenção terapêutica com antidepressores serotoninérgicos teve um efeito estatisticamente significativo na diminuição de comportamentos inadequados, com agressividade contra terceiros, contra o próprio e contra objectos, bem como no controlo da depressão/disforia, num grupo de indivíduos com DI. Foi relatada uma boa adesão ao tratamento, com uma aceitável tolerabilidade aos fármacos.

#### **b) Abordagem Cognitivo-Comportamental**

À semelhança do que se verifica entre os agressores sexuais sem DI, aqueles que são portadores de DI exibem frequentemente distorções cognitivas relacionadas com a prática da agressão sexual (41). O tratamento de eleição para os que não têm DI parece ser a terapia cognitivo-comportamental (TCC) (42). Murphy *et al.* (41) submeteram 8 homens portadores de DI, com história de comportamento sexualmente abusivo, a um programa de tratamento com a duração de um ano, consistindo em sessões semanais de duas horas, em que eram abordados, entre outros, os seguintes tópicos: nomeação de partes do corpo, regras sociais do vestir/despir/tocar, relacionamentos sociais e sexuais, o que é legal, ilegal e de risco no comportamento sexual, sentimentos em situações de *stress* e forma de lidar com os sentimentos, consequências para os homens do seu comportamento sexual, experiências próprias como vítimas, sentimentos das suas vítimas, compreensão da escolha, do consentimento e da idade para consentir e prevenção de recaída. Todos os participantes apresentaram progressos significativos em termos de conhecimentos de sexualidade e de empatia para com as vítimas, bem como quanto às suas distorções cognitivas.

Langdon & Talbot (43) estudaram retrospectivamente um grupo de 33 homens com DI e história da prática de crimes sexuais, dos quais 12 foram alvo de intervenções psicoterapêuticas. Uma interessante questão abordada pelos autores centrou-se no “*locus de controlo*” dos infractores com DI e o efeito da TCC sobre o mesmo. O “*locus de controlo*” é um conceito originariamente desenvolvido por Rotter (44), em 1966, considerado por este como um importante aspecto da personalidade, que se refere à percepção do sujeito quanto às principais causas que subjazem aos eventos ocorridos na sua vida e que pode grosseiramente traduzir-se na questão “Acredita que o seu destino é controlado por si próprio ou por forças exteriores?”. Quando o indivíduo acredita que os eventos se processam como resultado do seu próprio comportamento, o “*locus de controlo*” é interno; é externo se o indivíduo está convicto de que os eventos são fortuitos e ocorrem independentemente da sua acção, o que frequentemente caracteriza os portadores de DI.

No trabalho de Langdon & Talbot (43), verifica-se um resultado benéfico da psicoterapia nas distorções cognitivas, conforme avaliadas com o questionário QACSO – “*Questionnaire on Attitudes Consistent with Sexual Offending*” (45), mas não em relação ao “*locus de controlo*”, pelo que este factor poderá ser um preditor do sucesso do tratamento, na medida em que a presença de um “*locus*” externo se associa a piores resultados.

Os benefícios a longo prazo da TCC, em termos de prevenção da reincidência do comportamento parecem ser mais marcados quando o indivíduo é tratado em ambulatório (28). A aplicação de TCC, na forma de sessões semanais de 2h, durante 7 meses, levada a cabo por Craig *et al.* (46), contou com a participação de seis homens com DI e história de agressão sexual. Apesar da importante limitação metodológica, no que concerne ao tamanho da amostra estudada, verificou-se que não só os participantes apresentaram um aumento nos seus conhecimentos sobre sexualidade e capacidades comunicativas e de socialização, como também não houve registo de reincidência na prática de ofensas sexuais, durante um período de *follow-up* de 12 meses (46).

## **Falsas Confissões**

Num interessante trabalho de compilação de “histórias” verídicas, o advogado Robert Perske denuncia o fenómeno da indução à falsa confissão, de que muitas vezes são vítimas os deficientes intelectuais.

Perske (47) lista 38 casos de portadores de DI que confessaram ter cometido crimes, como roubo, violação e homicídio, acabando, mais tarde, por ser absolvidos da prática dos mesmos. As novas técnicas de investigação forense muito contribuíram, nestes casos, para a reposição da verdade, com quase metade dos indivíduos a serem ilibados com base em análises do ADN. Contudo e lamentavelmente, em várias situações demorou mais de uma década, até que a absolvição ocorresse.

Perske relata um caso ocorrido na Flórida, que remonta à década de noventa, em que um adolescente com DI terá sido “espancado” e “ameaçado com a cadeira eléctrica” até confessar a autoria do homicídio de um agente policial (47). Mais tarde, veio a ser identificado o verdadeiro homicida, um colega de trabalho da vítima. Num trabalho posterior, Perske (48) vem, não obstante, lembrar algumas situações em que “vozes se levantaram” contra a injustiça, como quando um investigador recusou mentir, num caso de falsa confissão, acabando por ser afastado do cargo profissional que ocupava.

Muito embora as situações relatadas por Perske (47,48) tenham ocorrido num outro contexto jurídico-penal e social que não o nosso e onde estes casos se revestem de particular gravidade (dada a aplicação da pena capital em alguns Estados Norte-Americanos), não deixa de ser importante ponderar a eventual necessidade de maior formação dos profissionais da polícia, no sentido da sensibilização destes para as características das patologias mentais e o respeito pelas fragilidades dos seus portadores.

É fundamental a dignificação do ser humano, independentemente da sua condição, devendo prevalecer uma aplicação não discriminatória dos procedimentos jurídico-legais, nomeadamente em sede de inquéritos criminais. A este propósito vem o artigo 6º da Declaração Universal dos Direitos Humanos (49), no sentido de que “todos os indivíduos têm direito ao

reconhecimento, em todos os lugares, da sua personalidade jurídica”; o artigo 7º acrescenta ainda que “todos são iguais perante a lei e, sem distinção, têm direito a igual protecção da lei”, de modo que “ninguém pode ser arbitrariamente preso, detido (...)”, conforme artigo 9º da mesma Declaração.



## **Deficiência Intelectual e sua relação com o conceito de inimputabilidade em virtude de anomalia psíquica, no Direito Penal Português**

Os aspectos forenses que se colocam no campo da DI são complexos e controversos. Os comportamentos que os tribunais consideram constitutivos da prática de crime poderão ser encarados, pelo Sistema de Saúde, como o reflexo de perturbações comportamentais, tornando dúbida a sede da responsabilidade em tais circunstâncias (6).

E se o artigo 20º do Código Penal Português torna aparentemente claro o conceito de inimputabilidade, parece haver não raras vezes, dificuldade de percepção por parte dos juízes, da presença de DI, a despeito de relatórios periciais forenses, particularmente nos casos em que esta se apresenta nas suas formas limítrofes, próximas da normalidade.

O artigo 20º, nº 1, do CP dispõe que “é inimputável quem, por força de uma anomalia psíquica, for incapaz, no momento da prática do facto, de avaliar a ilicitude deste ou de se determinar de acordo com essa avaliação” (33). Resulta deste dispositivo legal que a interpretação da inimputabilidade está, com efeito, condicionada a dois pressupostos, sendo um biológico (a anomalia psíquica) e outro psicológico (a incapacidade de o agente avaliar a ilicitude do facto ou de se determinar de acordo com essa avaliação) (50).

No que respeita à imputabilidade diminuída, importa também referir o teor do nº 2 do artigo em questão, que estabelece o seguinte: “Pode ser declarado inimputável quem, por força de uma anomalia psíquica grave, não acidental e cujos efeitos não domina, sem que por isso possa ser censurado, tiver, no momento da prática do facto, a capacidade para avaliar a ilicitude deste ou para se determinar de acordo com essa avaliação sensivelmente diminuída” (33). Digase que este preceito não engloba todo o campo da imputabilidade diminuída, mas apenas o daquela que é proveniente de anomalia psíquica grave, cujos efeitos o agente não domina, sem que por isso possa ser censurado (50). Assim, ou o juiz considera o agente imputável, remetendo-o para o domínio das penas, caso em que a imputabilidade diminuída será tomada em consideração na determinação da medida dessa pena, conforme artigo 71º do CP, ou

possivelmente nas condições da sua execução (artigo 104º); ou inimputável, podendo ser-lhe aplicada uma medida de segurança, conforme artigo 91º (33,50).

Em suma, o dispositivo legal em referência pretende garantir que, nos casos em que há anomalia psíquica capaz de abalar a capacidade do agente para avaliar a ilicitude e para se determinar por ela, pese embora haja um juízo de censura, a este acresce um juízo de perigosidade, que vai conduzir à aplicação de uma medida de segurança.

A anomalia psíquica, em função da sua gravidade, pode conduzir apenas a uma redução da capacidade de compreensão ou de autodeterminação do agente, sendo que estamos em face de imputabilidade diminuída.

Podemos distinguir duas situações de redução da imputabilidade – a redução da capacidade de compreensão da noção de ilícito e a redução da capacidade de autodeterminação (50). E se é certo que a primeira situação pode condicionar a segunda, o recíproco não é verdadeiro. É o caso de indivíduos portadores de certas “neuroses”, os quais agem com plena consciência do que fazem, mas sem que consigam ter o domínio dos seus actos, não podendo ou tendo dificuldade em evitá-los.

Já o nº 4 do artigo 20º estatui que “a imputabilidade não é excluída quando a anomalia psíquica tiver sido provocada pelo agente com intenção de praticar o facto” (33). Trata-se da doutrina da imputabilidade livre na causa, definida da seguinte forma: não obstante o agente não esteja no pleno gozo das suas faculdades de compreensão e de autodeterminação, quando da ocorrência do facto, essa situação de inimputabilidade é transitória, ou seja, «*causa causae est causa causati*» (traduzindo, «a causa da causa é a causa do causado») (50). Os casos mais paradigmáticos são os da embriaguez e de intoxicação por drogas. Assim, o nº 4 do artigo 20º do CP abrange os casos de privação preterintencional e pré-ordenada da imputabilidade ou provocação intencional da anomalia psíquica, com o propósito de praticar o crime (50).

## **Conclusão**

A Psiquiatria Forense aplicada ao campo da Deficiência Intelectual é uma ciência em desenvolvimento. Nos últimos anos, assistiu-se a um aumento considerável das publicações relativas à investigação nesta área. Contudo, mais estudos são necessários.

Os deficientes intelectuais representam um grupo com as suas particularidades, o que requer uma abordagem especializada. Porque a frequência de comportamentos criminosos parece encontrar-se aumentada neste grupo, deve haver uma maior sensibilização dos profissionais da saúde, da autoridade policial e da autoridade judicial, no sentido de melhor compreenderem as características desta condição, para que prevaleça a justa aplicação da Lei, quando a prevaricação desta tem como agentes os portadores de anomalia psíquica, conforme estatuído no Código Penal Português. Também as intervenções terapêuticas potenciais devem ser mais extensamente avaliadas.

É necessário que a questão da criminalidade nos portadores de psicopatologia comece a ser encarada mais como uma questão de Saúde Mental Pública, para que a intervenção a este nível possa ser essencialmente preventiva. Na grande maioria dos casos, o que acaba por se verificar, quando se verifica, é a identificação do caso como psiquiátrico já depois de o indivíduo ter incorrido ou até reincidido diversas vezes no crime.

## **Bibliografia**

- (1) Abdalla-Filho E. Retardo Mental. *Em* Taborda J, Chalub M, Abdalla-Filho E. *Psiquiatria Forense – 1ª ed.* Porto Alegre: Artmed 2003; (cap 19):315-26.
- (2) American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition, Text Revision (DSM-IV-TR)*. Washington, DC, American Psychiatric Association, 2000.
- (3) ICD-10. *Classification of mental and behavioural disorders*. Geneva, World Health Organization, 1993.
- (4) Totsika V, Toogood S, Hastings RP, Lewis S. Persistence of challenging behaviours in adults with intellectual disability over a period of 11 years. *J Intellect Disabil Res* 2008; 52(5):446-57.
- (5) Medina PG. Agressividade y violència: marco psicosocial para la prevención in *Psiquiatria Legal y Forense I*. Madrid: Colex 1994; pp. 531-550. *Citado em* Susana Maria Pinto Almeida Leitão da Cunha. *Esquizofrenia e Crime – Contributo para o estudo da agressividade de inimputáveis perigosos*. 2003; pp. 7-16.
- (6) Sondenaa E, Rasmussen K, Nottestad JA. Forensic issues in intellectual disability. *Curr Opin Psychiatry* 2008; 21:449-453.
- (7) Jones J. Persons with intellectual disabilities in the criminal justice system: review of issues. *Int J Offender Ther Comp Criminol* 2007; 51(6):723-33.
- (8) Wechsler D. *WAIS-III and WMS-III: technical manual (updated)*. San Antonio: The Psychological Corporation; 2002.
- (9) Wechsler D. *Wechsler abbreviated scale of intelligence manual*. San Antonio: The Psychological Corporation; 1999.
- (10) Crocker AG, Cote G, Toupin J, St-Onge B. Rate and characteristics of men with an intellectual disability in pretrial detention. *J Intellect Dev Disabil* 2007; 32:143-152.

- (11) Dwyer RG, Frierson RL. The presence of low IQ and mental retardation among murder defendants referred for pretrial evaluation. *J Forensic Sci* 2006; 51:678-682.
- (12) Herrington V. Assessing the prevalence of intellectual disability among young male prisoners. *J Intellect Disabil Res* 2009; 53(5):397-410.
- (13) Sondenaa E, Rasmussen K, Palmstierna T, Nottestad J. The prevalence and nature of intellectual disability in Norwegian prisons. *J Intellect Disabil Res* 2008; 52(12):1129-37.
- (14) Holland T, Clare IC, Mukhopadhyay T. Prevalence of criminal offending by men and women with intellectual disability and the characteristics of offenders: implications for research and service development. *J Intellect Disabil Res* 2002; 46(1):6-20.
- (15) Lindsay WR. Research and literature on sex offenders with intellectual and developmental disabilities. *J Intellect Disabil Res* 2002; 46(1):74-85.
- (16) Männynsalo L, Putkonen H, Lindberg N, Kotilainen I. Forensic psychiatric perspective on criminality associated with intellectual disability: a nationwide register-based study. *J Intellect Disabil Res* 2009; 53(3):279-88.
- (17) Barron P, Hassiotis A, Banes J. Offenders with intellectual disability: a prospective comparative study. *J Intellect Disabil Res* 2004; 48(1):69-76.
- (18) Barnhill J. Triple diagnosis: substance abuse, mental illness and mental retardation. Proceedings of the NADD International Conference New York 2000. *Citado em* Männynsalo L, Putkonen H, Lindberg N, Kotilainen I. Forensic psychiatric perspective on criminality associated with intellectual disability: a nationwide register-based study. *J Intellect Disabil Res* 2009; 53(3):279-88.
- (19) Stupperich A, Ihm H, Strack M. Violence and personality in forensic patients: is there a forensic patient-specific personality profile? *J Interpers Violence* 2009; 24(1):209-25.

- (20) Parry CJ, Lindsay WR. Impulsiveness as a factor in sexual offending by people with mild intellectual disability. *J Intellect Disabil Res* 2003; 47(6):483-7.
- (21) Novaco RW, Taylor JL. Anger and assaultiveness of male forensic patients with developmental disabilities: links to volatile parents. *Aggress Behav* 2008; 34(4):380-93.
- (22) Murphy GH, O'Callaghan AC, Clare IC. The impact of alleged abuse on behavior in adults with severe intellectual disabilities. *J Intellect Disabil Res* 2007; 51(10):741-9.
- (23) Balogh R, Bretherton K, Whibley S *et al.* Sexual abuse in children and adolescents with intellectual disability. *J Intellect Disabil Res* 2001; 45(3):194-201.
- (24) Lindsay WR, Law J, Quinn K *et al.* A comparison of physical and sexual abuse: histories of sexual and non-sexual offenders with intellectual disability. *Child Abuse Negl* 2001; 25(7):989-95.
- (25) Firth H, Balogh R, Berney T *et al.* Psychopathology of sexual abuse in young people with intellectual disability. *J Intellect Disabil Res* 2001; 45(3):244-52.
- (26) Finkelhor D. The trauma of child sexual abuse: two models. *J Interpers Violence* 1987; 2:348-66. *Citado em* Firth H, Balogh R, Berney T *et al.* Psychopathology of sexual abuse in young people with intellectual disability. *J Intellect Disabil Res* 2001; 45(3):244-52.
- (27) Lindsay WR, Lees MS. A comparison of anxiety and depression in sex offenders with intellectual disability and a control group with intellectual disability. *Sex Abuse* 2003; 15(4):339-45.
- (28) Cockram J. Careers of offenders with an intellectual disability: the probabilities of rearrest. *J Intellect Disabil Res* 2005; 49(7):525-36.
- (29) Alexander RT, Crouch K, Halstead S, Piachaud J. Long-term outcome from a medium secure service for people with intellectual disability. *J Intellect Disabil Res* 2006; 50(4):305-15.

- (30) Riches VC, Parmenter TR, Wiese M, Stancliffe RJ. Intellectual disability and mental illness in the NSW criminal justice system. *Int J Law Psychiatry* 2006; 29(5):386-96.
- (31) Crocker AG, Mercier C, Lachapelle Y *et al.* Prevalence and types of aggressive behaviour among adults with intellectual disabilities. *J Intellect Disabil Res* 2006; 50(9):652-61.
- (32) Lindsay WR, Smith AH, Law J *et al.* Sexual and nonsexual offenders with intellectual and learning disabilities: a comparison of characteristics, referral patterns, and outcome. *J Interpers Violence* 2004; 19(8):875-90.
- (33) Código Penal. *Em Códigos Penal e de Processo Penal - 5ª ed.* Lisboa: DisLivro 2009.
- (34) Rice ME, Harris GT, Lang C, Chaplin TC. Sexual preferences and recidivism of sex offenders with mental retardation. *Sex Abuse* 2008; 20(4):409-25.
- (35) Hingsburger D, Griffiths D, Quinsey V. Detecting counterfeit deviance: differentiating sexual deviance from sexual inappropriateness. *Habilitative Mental Healthcare Newsletter* 1991; 10(9):51-4. *Citado em* Rice ME, Harris GT, Lang C, Chaplin TC. Sexual preferences and recidivism of sex offenders with mental retardation. *Sex Abuse* 2008; 20(4):409-25.
- (36) Michie AM, Lindsay WR, Martin V, Grieve A. A test of counterfeit deviance: a comparison of sexual knowledge in groups of sex offenders with intellectual disability and controls. *Sex Abuse* 2006; 18(3):271-8.
- (37) Lindberg N, Holi MM, Tani P, Virkkunen M. Looking for pyromania: characteristics of a consecutive sample of Finnish male criminals with histories of recidivist fire-setting between 1973 and 1993. *BMC Psychiatry* 2005; 5:47.
- (38) Farooque R, Ernst FA. Filicide: a review of eight years of clinical experience. *J Natl Med Assoc* 2003; 95(1):90-4.

(39) Sajith SG, Morgan C, Clarke D. Pharmacological management of inappropriate sexual behaviours: a review of its evidence, rationale and scope in relation to men with intellectual disabilities. *J Intellect Disabil Res* 2008; 52(12):1078-90.

(40) Janowsky DS, Shetty M, Barnhill J *et al.* Serotonergic antidepressant effects on aggressive, self-injurious and destructive/disruptive behaviours in intellectually disabled adults: a retrospective, open-label, naturalistic trial. *Int J Neuropsychopharmacol* 2005; 8(1):37-48.

(41) Murphy G, Powell S, Guzman AM, Hays SJ. Cognitive-behavioural treatment for men with intellectual disabilities and sexually abusive behavior: a pilot study. *J Intellect Disabil Res* 2007; 51(11):902-12.

(42) Aos S, Miller M, Drake E. Evidence-based adult corrections programs: what works and what does not. Washington State Institute for Public Policy, Olympia, WA 2006. *Citado em* Murphy G, Powell S, Guzman AM, Hays SJ. Cognitive-behavioural treatment for men with intellectual disabilities and sexually abusive behavior: a pilot study. *J Intellect Disabil Res* 2007; 51(11):902-12.

(43) Langdon PE, Talbot TJ. Locus of control and sex offenders with an intellectual disability. *Int J Offender Ther Comp Criminol* 2006; 50(4):391-401.

(44) Rotter JB. Generalized expectancies for internal versus external control of reinforcement. *Psychol Monogr* 1966; 80:1-28. *Citado em* Langdon PE, Talbot TJ. Locus of control and sex offenders with an intellectual disability. *Int J Offender Ther Comp Criminol* 2006; 50(4):391-401.

(45) Broxholme, SL, Lindsay, WR. Development and preliminary evaluation of a questionnaire on cognitions related to sex offending for use with individuals who have mild intellectual disabilities. *J Intellect Disabil Res* 2003; 47:472-482.

(46) Craig LA, Stringer I, Moss T. Treating sexual offenders with learning disabilities in the community: a critical review. *Int J Offender Ther Comp Criminol* 2006; 50(4):369-90.



(47) Perske R. Search for persons with intellectual disabilities who confessed to serious crimes they did not commit. *Ment Retard* 2005; 43(1):58-65.

(48) Perske R. Unlikely heroes. *Ment Retard* 2005; 43(5):369-75.

(49) Carta Internacional dos Direitos Humanos: Declaração Universal dos Direitos do Homem. Centro dos Direitos do Homem das Nações Unidas 1948.

(50) A Imputabilidade. *Em* Marques da Silva, G. *Direito Penal Português, Volume II (Teoria do Crime)* – 3ª ed. Lisboa: Editorial Verbo 2001.

**Quadro 1** – Critérios para a determinação do grau de gravidade da Deficiência Intelectual, segundo o CID-10 (3).

<b>Categoria</b>	<b>Nível de competências cognitivas</b>		
	<u>DI</u> *	<u>QI</u> **	<u>Idade Mental</u>
<b>F70</b>	Ligeira	50-69	9 a <12 anos
<b>F71</b>	Moderada	35-49	6 a <9 anos
<b>F72</b>	Grave	20-34	3 a <6 anos
<b>F73</b>	Profunda	Menos de 20	<3 anos
	<b>Nível de competências sociais<sup>¶</sup></b>		
<b>F7x.0</b>	Ausência de alterações do comportamento ou alterações comportamentais insignificantes.		
<b>F7x.1</b>	Alterações significativas do comportamento, requerendo supervisão ou tratamento.		
<b>F7x.8</b>	Outras alterações comportamentais.		
<b>F7x.9</b>	Sem informação quanto a alterações do comportamento.		

\*Deficiência Intelectual. \*\*Quociente de Inteligência. <sup>¶</sup>Escala de Maturidade Social de Vineland.

**Quadro 2** – Graus de gravidade da Deficiência Intelectual, segundo o DSM-IV-TR (2).

	<b>DI*</b>	<b>QI**</b>
<b>317</b>	Ligeira	50-55 a $\approx$ 70
<b>318.0</b>	Moderada	35-40 a 50-55
<b>318.1</b>	Grave	20-25 a 35-40
<b>318.2</b>	Profunda	<20-25

\*Deficiência Intelectual. \*\*Quociente de Inteligência.

**Quadro 3** – Critérios de diagnóstico da Pedofilia, segundo o DSM-IV-TR (2).

- 
- A. Ao longo de um período mínimo de 6 meses, fantasias sexualmente excitantes recorrentes e intensas, impulsos sexuais ou comportamentos envolvendo atividade sexual com uma (ou mais de uma) criança pré-púbere (geralmente com 13 anos ou menos).
- 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.
- C. O indivíduo tem no mínimo 16 anos e é pelo menos 5 anos mais velho que a criança ou crianças no 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 por Homens

Atração Sexual por Mulheres

Atração Sexual por Ambos os Sexos

---

Especificar se:

Limitada ao Incesto

---

Especificar tipo:

Tipo Exclusivo (atração apenas por crianças)

Tipo Não-Exclusivo