

Violência sexual contra pessoas com deficiência

Robert E. Longo (1) & Claude Gochenour (2)

Journal of Rehabilitation, v. 47, n. 3, jul./set. 1981, p.24-27.

Tradução: Romeu Kazumi Sasaki

Visão geral do problema

De acordo com estatísticas nacionais, uma em cada três mulheres corre o risco de ser vítima de violência sexual durante sua vida, e a estimativa revela que uma em cada cinco crianças, meninos ou meninas, enfrenta o mesmo risco. Estupro, molestamento de crianças e incesto estão aumentando em índices alarmantes em nosso país. Infelizmente, pessoas com deficiência intelectual e distúrbio emocional são também suscetíveis a esta experiência degradante. Shuker (1980) relata que o esturador com frequência escolhe vítimas por alguma “vulnerabilidade como, por exemplo, juventude, velhice, deformidade ou deficiência física”.

A condição da vítima é, muitas vezes, piorada por não ser levada a sério quando ela denuncia. No caso de pessoas com transtorno mental, o relato delas sobre uma agressão sexual pode ser entendido como “uma manifestação do transtorno mental” ou uma história inventada para ganhar atenção:

Caso clínico 1

Uma senhora idosa internada em hospital público por causa do seu transtorno mental denunciou ter sido vítima de um estupro. Sua história foi ignorada porque pareceu que ela a inventou para satisfazer suas necessidades não-atendidas. Mais três estupros semelhantes foram denunciados naquele hospital até que, finalmente, as autoridades foram convencidas de que talvez houvesse alguma verdade nas denúncias.

Pessoas com deficiência física são também alvo de agressões sexuais. Em alguns casos, as pessoas violentadas estavam ainda se recuperando do evento de uma deficiência recente. Precisamos estar alertas ao fator complicador de uma reação composta ao trauma de uma pessoa com deficiência que foi estuprada (BURGESS, GROTH, HOLMSTROM & SGROI, 1978):

Caso clínico 2

Uma adolescente de 17 anos de idade, com cegueira resultante de uma lesão na infância, estava aprendendo sozinha a se familiarizar com alguns bairros da sua cidade. Certa tarde, quando andava perto de um parque, ela foi empurrada para o meio de uma vegetação e, em seguida, estuprada. Houve conversação durante a violência sexual.

Embora esta jovem tenha sido levada a sério quando denunciou, foi difícil para ela provar, perante a justiça, que a agressão aconteceu. Mas, ela foi capaz de fazer uma identificação positiva através do uso de voz gravada em fitas e o agressor foi condenado (A.W. Burgess, entrevista pessoal, janeiro de 1981). Em outros exemplos, as vítimas não foram capazes de oferecer evidências suficientes para uma condenação:

Caso clínico 3

Uma senhora idosa de 84 anos de idade, que estava quase totalmente cega e surda, foi estuprada em sua casa. Incapaz de identificar o agressor visualmente ou pela voz, o caso foi encerrado como não-processável (K. Culton & J. Moore, Programa de Defensoria de Vítimas de Estupro, órgão estadual de advogados, Gainesville, Flórida, EUA. Entrevista pessoal, fevereiro de 1981).

Um significativo número de estupros (47%) ocorre em locais abertos, públicos, e 32% dentro ou perto da casa das vítimas, como no caso clínico 3 (MCDERMOTT, 1979). No momento do ataque, a vítima fica reduzida a um objeto que é o foco da raiva e agressividade do agressor. A motivação principal do agressor no momento do ataque consiste na satisfação da sua necessidade de controle e poder e na liberação da raiva que se acumulou interiormente (GROTH, 1979). Apesar de haver muitas táticas para deter um ataque e após os agressores ganharem controle da situação, as vítimas ficam sem escolha e se submetem à violência a fim de salvar a própria vida:

Caso clínico 4

Brian tinha 21 anos de idade quando foi preso e condenado sob acusação de violência sexual. Sua vítima era uma jovem de 20 anos de idade que acabava de retornar para casa após obter alta de um hospital psiquiátrico. Brian sabia que ela seria um alvo fácil e achava que ninguém iria acreditar nela, pois toda a vizinhança sabia que ela era 'louca'. Durante a agressão, a vítima tentou fazer com que Brian parasse, mas ele deu um soco violento no rosto dela para forçá-la a ficar quieta.

Existem três ingredientes necessários para o agressor cometer uma violência sexual: (1) a iniciativa para cometer o ato, (2) a habilidade de perpetrar o ato e (3) a oportunidade. Em nosso trabalho com agressores, concluímos que, na maioria dos casos, o desejo sexual não era a questão no momento da violência. Os agressores relatam que a vítima poderia ter sido qualquer uma e a aparência física não era importante. Muitas vezes, o ato é impulsivo, a oportunidade se apresenta e a vítima potencial parece ser vulnerável:

Caso clínico 5

Joan é uma jovem negra de 19 anos de idade. Ele teve queimadura em mais de 80% do seu corpo como resultado de um acidente. Seu rosto ficou gravemente cicatrizado e ela perdeu quase totalmente o uso de um braço. Quando caminhava próximo à sua casa, ela foi agarrada por um agressor que a forçou a entrar em seu carro e a levou a uma área isolada, estuprando-a em seguida (M. Varnes, Departamento de Polícia da Universidade de Flórida. Entrevista pessoal, fevereiro de 1981).

Caso clínico 6

Everett é um homem de 32 anos de idade, com visão monocular. No transcurso de sua carreira militar, ele foi estuprado três vezes no Exército. E foi estuprado duas vezes na vida civil. Sua vitimização mais recente foi quando ele pedia carona. Para esconder seu olho sem visão, Everett usa óculos escuros. Em todos os ataques, os agressores eram homens (K. Culton & J. Moore, Programa de Defensoria de Vítimas de Estupro, órgão estadual de advogados, Gainesville, Flórida, EUA. Entrevista pessoal, fevereiro de 1981).

Quando as vítimas são crianças

Muitas crianças também são vítimas de violência sexual. Criança com deficiência não é exceção. O molestador de crianças tem uma personalidade inadequada

que se volta para as crianças para satisfazer necessidades de controle e aceitação e lidar com o estresse da vida. O molestatador de crianças, assim como o estupro, procura por criança que seja vulnerável. Com frequência, crianças com deficiência não participam das atividades da vizinhança com outras crianças e ficam apenas observando. Sua necessidade de atenção e aceitação após ficarem com uma deficiência pode aumentar. Em muitos casos, o agressor pode ser alguém conhecido da família e fica um bom tempo junto com a criança a fim de ganhar a confiança dela:

Caso clínico 7

Martin é um menino negro com 10 anos de idade que frequentava uma escola especial para crianças com deficiência intelectual. Um dia, ele foi induzido por um adolescente a ir até um prédio abandonado. Lá, ele foi forçado a tirar as calças e se submeter a uma relação anal. O agressor era conhecido da família de Martin e morava na vizinhança (K. Culton & J. Moore, Programa de Defensoria de Vítimas de Estupro, órgão estadual de advogados, Gainesville, Flórida, EUA. Entrevista pessoal, fevereiro de 1981).

Caso clínico 8

John é um homem solteiro, branco, de 47 anos de idade, e foi entrevistado em uma penitenciária. Ele contou que nunca esteve envolvido em um relacionamento no qual ele se sentisse adequado com as mulheres. Sua vítima era uma adolescente de 12 anos de idade, que tinha paralisia cerebral e grave impedimento na fala. John era o namorado da mãe da vítima e morava com elas. Pouco a pouco, ele aceitou a responsabilidade de dar banho na adolescente, vesti-la e fazer com que a vítima chegasse à escola e de lá retornasse em condições seguras. E contou que, pelo motivo de se sentir inadequado com a mãe, ele passou a dar mais atenção para a adolescente. Ele começou acariciando a vítima durante os banhos. A partir de certo momento, ele começou a fazer sexo oral na sua vítima. As agressões continuaram por mais de três meses, devido principalmente à incapacidade da vítima de se comunicar com outras pessoas e à falta de entendimento sobre o que o agressor fazia a ela. A lógica do agressor era que, como a vítima não tinha contatos com pessoas da idade dela fora da escola, ele estava apenas ensinando-a sobre sexo.

Existe um incontável número de casos nos quais o atendente tinha necessidades não-satisfeitas e a dependência que o paciente tinha de outras pessoas é distorcida ou manipulada a fim de satisfazer aqueles desejos não-atendidos.

Os seguintes relatos são três de tais casos:

Caso clínico 9

Teresa tem 15 anos de idade e mora em um centro residencial para adolescentes com distúrbio emocional. Art é um dos atendentes dela. Teresa manifesta amor e carinho através de atos sexuais somente. Art não tem namoradas que o satisfaçam e, por isso, ele corresponde aos avanços de Teresa. Ela se envolveu em várias formas de relação sexual sob o entendimento de que Art era seu namorado ou amante. Após diversas semanas, Art rompeu o relacionamento. Então, Teresa informou os outros atendentes sobre seu relacionamento com Art. Ele foi demitido, mas nenhuma acusação foi registrada, devido à possibilidade de efeitos prejudiciais à instituição. Mais tarde, descobriram que Art foi demitido de dois outros empregos pelo mesmo

comportamento e que agora ele está trabalhando em outro centro residencial sob suspeita de atividades similares, mas não foi flagrado cometendo tais atos.

Caso clínico 10

Jeff, interno com 17 anos de idade, branco, foi entrevistado em um centro comunitário residencial para adultos com distúrbio emocional ou com deficiência intelectual. Durante a entrevista, ele revelou que seu banho compulsivo e esfregamento vigoroso, no ano anterior, eram uma tentativa de sua parte para 'lavar' os sentimentos sujos (culpa e vergonha) por ter sido vítima de estupro anal cometido por um atendente da equipe do centro onde estava internado.

Caso clínico 11

Dean tem 21 anos de idade e foi internado em uma instituição para pessoas com deficiência intelectual. Ele reclamou que uma enfermeira o forçou a fazer sexo com ela. Ele contou que nunca contou isto a ninguém, até depois que ela saiu do emprego, porque tinha medo do que seus pais poderiam pensar. Ele estava constrangido também e contou que seus colegas riram dele por não agir como homem. Por que um homem reclamaria por ter sido 'cantado' por uma mulher?

Com a tendência de as vítimas entenderem mal os atos ou intenções dos outros, o agressor sexual pode utilizar, e de fato utiliza, esta condição como uma vantagem. Uma vez que a vítima, com frequência, percebe o agressor como um atendente, parece não ocorrer a ela a consciência de que a violência é um ato inadequado. O cliente com distúrbio emocional pode já estar passando por muitos problemas antes de ser violentado.

Parafrazeando Douglas (1980):

“Não obstante a diversidade no diagnóstico, o cliente (com distúrbio emocional) apresenta geralmente os seguintes traços: ansiedade, elevada sensibilidade, sentimentos de inadequação, problemas de comunicação e uma tendência para entender mal os outros”.

Estas condições, em conjunto com uma violência sexual, tendem a intensificar e complicar mais ainda algum problema que pessoas com deficiência já enfrentam.

Intervenção junto às vítimas

O profissional que atua junto a clientes que tenham sido vítimas de violência sexual precisa compreender de que forma este tipo de experiência traumática pode afetar a vida deles. Como no caso de uma deficiência física, vítimas de violência sexual enfrentam o estigma social do estupro e sentem raiva, culpa e trauma em consequência da agressão. A crise produzida pela violência pode impor à vítima uma condição incapacitante, embora invisível (CARROW, 1980).

A reação psicológica das vítimas, definida por Burgess & Holmstrom (1974) como 'síndrome do trauma do estupro', consiste de uma fase aguda na qual as vítimas ficam desorganizadas e podem ter sentimento de negação do incidente. Elas precisam inicialmente lidar com as várias rupturas em sua vida. A segunda fase transcorre por um longo tempo; é um processo de reorganização no qual as vítimas põem em ordem as rupturas de sua vida. E fazem grandes ajustamentos, que podem incluir mudança para uma nova moradia, escolha de um novo emprego e relacionamento com novos amigos. Para vítimas infantis, o apoio de seus familiares e a intervenção profissional são importantes, uma vez que elas podem sentir uma enorme carga de culpa em associação

com o incidente. Crianças que forem vítimas de relações incestuosas podem sentir rejeição da parte de outros familiares (pai ou mãe ou irmãos) se a pessoa que perpetrou o incesto for retirada do ambiente doméstico e/ou for presa e, em seguida, colocada na cadeia. De qualquer forma, se a vítima da violência sexual for uma pessoa com deficiência, isto pode aumentar quaisquer sentimentos de inadequação, baixa autoestima, e contribui para um autoconceito desfavorável.

O cliente com distúrbio emocional ou deficiência intelectual precisa ser informado de que, embora uma parte do ato possa ter sido fisicamente prazerosa, esse ato é uma violação de seus direitos (GEIST, KNUDSON & SORENSON, 1979). Esta falta de conexão entre prazer e violência é totalmente aproveitada pelo agressor, com ou sem intenção. Vítimas que não tenham entendimento do porquê a violência ocorreu parecem intensificar seus sentimentos de culpa e confusão: ‘Como pode uma coisa que sinto que é boa ser má?’. Em muitos casos, a vítima não entende por que o agressor está perpetrando estes atos e a vítima com frequência sente culpa por se envolver em um ato no qual ela não tem escolha. Isto tende a aumentar seus sentimentos de desamparo e diminuir seus autoconceitos. Isto parece ser comum à maioria das vítimas de violência sexual (BURGESS & HOLMSTROM, 1974).

No artigo ‘Psicoterapia com Vítimas de Estupro’, Forman (1980) descreve algumas técnicas eficazes de intervenção durante as cinco fases de reação da vítima, delineadas por Rogers (1978). Estas fases são: inicial, negação, definição do sintoma, raiva e resolução. Pessoas com deficiência, que forem vítimas de uma violência sexual, têm de lidar com este trauma e percorrer as diversas fases de reação, além de lidar com a própria condição da deficiência. O terapeuta precisa ser sensível a esta situação e estar preparado para lidar com ambas as áreas preocupantes da vida do cliente. Na fase inicial, as vítimas estão em um estado de choque, mas felizes por estarem vivas. O aconselhamento de crise pode ser um processo eficaz de intervenção nesta fase, embora não totalmente adequado. O terapeuta precisa tentar estabelecer confiança e desenvolver um bom relacionamento terapêutico durante esta fase. Uma falha em estabelecer relacionamentos terapêuticos, enquanto ajuda o cliente a readquirir controle sobre sua vida, pode impedir interações terapêuticas por um longo tempo. As demais fases – negação, definição do sintoma, raiva e resolução – são semelhantes às fases pelas quais as pessoas com deficiência passam logo após a ocorrência da deficiência.

Burgess, Groth, Holmstrom e Sgroi (1978) sugerem diversas técnicas que podem ser úteis no trabalho junto a pessoas com deficiência que foram vítimas de violência sexual:

- 1. Identifique a deficiência.**
- 2. Determine se a deficiência interferirá nas entrevistas.**
- 3. Avalie o impacto do estupro no comportamento da vítima.**
- 4. Proceda com o protocolo de praxe, adaptando-o para atender ao nível de estresse da vítima. Esteja preparado para usar um tempo extra com a vítima e a família dela.**
- 5. Esteja alerta para não projetar rótulos estereotipados sobre a vítima. Cuidadosamente, observe e avalie. E, de uma forma respeitosa, converse com a vítima e a família, deixando implícito o seu reconhecimento do impacto da violência sobre a vítima.**

6. Registre a entrevista em linguagem que respeite a vítima e os familiares, mas ainda assim relate objetivamente suas descobertas.

Pessoas com deficiência auditiva ou com impedimento na fala podem requerer atenção especializada, pois elas tendem a vivenciar problemas socialmente e psicologicamente, além de vivenciar frustração com este tipo de deficiência (TORKELSON & LYNCH, 1979). Como foi mencionado acima, este tipo de caso é difícil para se promover ação penal e a vítima pode vivenciar muita vergonha, dificuldade e insegurança tentando descrever o ato perante a justiça.

A violência sexual é uma experiência extremamente traumática que pode afetar as vítimas e a vida delas indefinidamente, como no caso da ocorrência de um acidente ou uma condição congênita que resulte em uma deficiência. O profissional que atende uma pessoa com deficiência, vítima de violência sexual, está diante de uma complexa situação com a qual deve lidar. Com o entendimento mais esclarecido de algumas das questões envolvidas na violência sexual, os profissionais podem oferecer serviços mais eficazes a seus clientes.

Referências bibliográficas

- BURGESS, A.W. & HOLMSTROM, J. Rape, trauma syndrome. *American Journal of Psychiatry*, n. 131, p. 981-986, 1974.
- BURGESS, A.W., GROTH, A.N., HOLMSTROM, L. & SGROI. *Sexual assault of children and adolescents*. Lexington: Lexington Books/D.C. Heath, 1978.
- CARROW, D.M. *Rape: Guidelines for a community response* (Contrato n. J-LEAA-013-78). Washington, D.C.: U.S. Government Printing Office, 1980.
- DOUGLAS, R.R. Assertiveness training for emotionally disturbed clients. *Journal of Rehabilitation*, v. 46, n. 1, p. 46-47, 1980.
- FORMAN, B.D. Psychotherapy with rape victims. *Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, v. 17, n. 3, p. 304-311, 1980.
- GEIST, C.S., KNUDSON, C. & SORENSON, K. Practical sex education for the mentally retarded. *Journal of Applied Rehabilitation Counseling*, v. 10, n. 4, p. 186-189, 1979.
- GROTH, A.N. *Men who rape*. Nova York: Plenum Press, 1979.
- MCDERMOTT, J.M. *Rape victimization in 26 American cities*. Washington, D.C.: U.S. Government Printing Office, 1979.
- ROGERS, P.C. *Rape counseling manual*. Atlanta: Rape Crisis Center, Grady Memorial Hospital, 1978.
- SHUKER, P.C. Degrading and unpredictable, rape can happen to anybody. *New York Times*, 26/10/1980.
- TORKELSON, R.M. & LYNCH, R.K. Rehabilitation considerations with the communicatively handicapped individual. *Journal of Rehabilitation*, v. 45, n. 4, p. 48-51, 1979.

Autores

- (1) **Robert E. Longo** está trabalhando como diretor de unidade no Programa de Tratamento de Agressores Sexuais, no Centro de Avaliação e Tratamento do Norte da Flórida, em Gainesville, Flórida. Obteve título de Mestre em Aconselhamento de Reabilitação, da Universidade da Flórida em 1976. É fundador e presidente da Associação de Pesquisa em Violência Sexual - um grupo sem fins lucrativos dedicado a pesquisa, educação e treinamento na área da violência sexual.
- (2) **Claude Gochenour** trabalha atualmente como terapeuta de reabilitação no Programa de Tratamento de Agressores Sexuais, no Centro de Avaliação e Tratamento do Norte da Flórida. Obteve título de Mestre em Aconselhamento de Reabilitação, da Universidade da Flórida em 1979. É conselheiro de reabilitação, certificado desde outubro de 1979.

...ooOoo...