

Como identificar a violência a partir de aspectos comportamentais e psicológicos

Eliane Aparecida Campanha Araújo

Psicóloga, doutora em Educação Especial e pesquisadora colaboradora do Laboratório de Análise e Prevenção da Violência – LAPREV/Departamento de Psicologia/UFSCar.

Patrícia Georgina Brancalhoni

Psicóloga, mestre em Educação Especial e pesquisadora colaboradora do Laboratório de Análise e Prevenção da Violência – LAPREV/Departamento de Psicologia/UFSCar.

É difícil encontrar estudos fidedignos acerca da incidência de violência contra pessoas com deficiência. A maioria dos dados existentes atualmente é proveniente de fontes internacionais, especialmente norte-americanas, o que recomenda ser bastante cuidadoso ao se fazer comparações com outras realidades, em virtude das diversas variáveis envolvidas, tais como: população abrangida, a classificação das deficiências, contexto cultural e legislativo, atitude face ao problema, crenças, entre outros. Contudo, existem indícios suficientes para concluir que estas pessoas estão em maior risco de vivenciar situações de violência doméstica e familiar comparativamente às pessoas sem deficiência (Hughes et al., 2012; Jones et al., 2012).

Adicionalmente, são raros os estudos que discutem os aspectos comportamentais e psicológicos da pessoa com deficiência que sofre violência, em suas diferentes modalidades. Tais aspectos são provenientes, em grande parte, de estudos que envolvem a população em geral, notadamente crianças, adolescentes e mulheres. Certamente, os efeitos de vivenciar a violência também podem incidir sobre as pessoas com deficiência. Neste sentido, faltam estudos nacionais e internacionais que utilizem amostras ampliadas, conduzidos com rigor metodológico, a fim de suprir essa lacuna.

De modo geral, as vítimas de violência, em suas distintas formas e considerando-se as diferentes faixas etárias, podem apresentar os seguintes sinais e/ou sintomas comportamentais e psicológicos: agressividade; pesadelos; comportamento antissocial; irritabilidade; dificuldade de comunicação e de memória; necessidade de falar ou impossibilidade de falar sobre o evento; dificuldade de concentração; choro sem motivo aparente; isolamento emocional; dificuldade de tomar decisões; compulsividade (com comida, cigarro, bebida etc.); dificuldade na relação sexual; perda de trabalho e dificuldade para conseguir outro; perda de moradia ou dificuldade em conseguir lugar para morar; perda da escola; dos filhos; de relações de amizade (falta de apoio da comunidade que, de um modo geral, culpa a pessoa pela violência sofrida); medo como sentimento predominante; constante estado de alerta, como na expectativa de um perigo iminente; uso indevido de medicamentos; uso abusivo de substâncias psicoativas e de bebidas alcoólicas; vergonha; isolamento (até mesmo devido à dificuldade de acesso a recursos); baixa autoestima e déficits em habilidades para lidar com o problema (habilidades sociais); falta de autocontrole; internalização da culpa; sentimentos de ambivalência (ama o agressor, mas odeia seu comportamento violento); falta de esperança; desamparo; apreensão; Transtorno de Estresse Pós-Traumático; quadros depressivos e ansiosos; ideação e tentativa de suicídio (Eisenstein, 2009;

Kendall-Tackett, Williams & Finkelhorn, 1993; Organização Mundial de Saúde - OMS, 2002; Williams, Maldonado & Padovani, 2008).

Abuso de crianças, adolescentes e idosos

Do ponto de vista da criança e do adolescente, há estudos que sistematizam o impacto a curto e a longo prazo da vivência de violência. Existe a possibilidade de que, mesmo apresentando sinais evidentes de violência, esta não seja diagnosticada, uma vez que crianças e/ou adolescentes podem apresentar reações ou comportamentos que não são reveladores, pelo fato de ser difícil relatar o fato em si, e de seu interlocutor, muitas vezes, não validar o seu relato. Essa revelação pode se dar em etapas. Muitas reações e respostas emocionais podem envolver desde o choro até o silêncio (Eisenstein, 2009).

Com relação ao abuso sexual infantil, este tem um profundo impacto na saúde física e mental das vítimas (OMS, 2002), sendo tal fenômeno considerado um estressor generalizado e um fator de risco para os seguintes problemas comportamentais e psicológicos a curto prazo (Kendall-Tackett, Williams & Finkelhorn, 1993; Meichenbaum, 1994; Williams, 2002): comportamento sexualizado inapropriado, ansiedade, depressão, isolamento, queixas somáticas, problemas escolares, Transtorno de Estresse Pós-Traumático, comportamentos regressivos (enurese, encoprese etc.), fuga de casa, comportamento auto-lesivo e ideação suicida. A longo prazo, há risco de: depressão, ansiedade, prostituição, problemas com relacionamento sexual, promiscuidade, abuso de substâncias psicoativas, ideação suicida, entre outros. Azevedo e Guerra (1989), também destacaram efeitos similares do abuso sexual a curto e a longo prazo.

Ainda no que tange à violência sexual, podem ser observadas três fases de respostas emocionais ou sinais e sintomas associados aos danos físicos (Eisenstein, 2009):

Primeira Fase: *reação aguda*, que começa desde a ocorrência do fato e se prolonga por dias e semanas, podendo ocorrer: tristeza; apatia; raiva; medo; ansiedade, com ou sem choro; desorientação; irritabilidade; negação ou bloqueio do fato como forma de minimizar a dor; sentimentos de vergonha, culpa, baixa autoestima, depressão (relatada com maior frequência).

Segunda Fase: *adaptação ou de fugas ou de tentativas de escapar da situação abusiva*. Envolve a dificuldade no retorno às atividades de rotina ou escolares, depressão, distúrbios de comportamento ou de aprendizado, sentimentos ambivalentes ou temor de relatar o ocorrido devido ao medo de retaliação ou separação da família, dificuldades de concentração, pesadelos, lembranças do fato ocorrido, baixa autoestima, isolamento e retraimento com silêncio e desconfiança, choro sem causa aparente e fuga de casa.

Terceira Fase: *resolução ou de repercussões crônicas* (Transtorno de Estresse Pós-Traumático). Distúrbios de comportamento que variam de acordo com a etapa de desenvolvimento cognitivo e emocional da criança ou adolescente e envolvem sentimentos de medo, vergonha, raiva, culpa, desconfiança e déficit de habilidades sociais, distúrbios sexuais, uso de drogas ou álcool, podendo chegar a tentativas de suicídio.

Reconhecer os sinais e sintomas da violência é difícil em todas as faixas etárias e mais ainda quando se trata de pessoas com deficiência, especialmente crianças. Frequentemente, essas crianças se mostram incapazes de exprimir por

palavras o abuso de que foram vítimas, ou então, de perceber que o que aconteceu foi errado. Os sinais de maus tratos nas crianças com deficiência não são, muitas vezes, entendidos ou interpretados e são simplesmente ignorados por aqueles que poderiam auxiliar essas vítimas (Petersilia, 2001).

O Relatório Mundial sobre Violência e Saúde, elaborado pela Organização Mundial de Saúde, destacou que podem ser observados os seguintes indicadores em idosos com deficiência: mudanças no padrão da alimentação ou problemas de sono; medo; confusão ou apatia; passividade; retraimento ou depressão crescente; desamparo; desesperança ou ansiedade; declarações contraditórias ou outras ambivalências que não resultam de confusão mental; relutância para falar abertamente sobre os eventos ocorridos; fuga de contato físico; de estabelecer contato visual ao verbalizar com o(a) seu(a) cuidador(a). Com relação ao abuso sexual contra idosos com deficiência, podem aparecer queixas de ter sido sexualmente agredido; comportamento sexual que não combina com os relacionamentos comuns do idoso; além de mudanças de comportamento inexplicáveis, tais como: agressão, retraimento ou automutilação (OMS, 2002).

O recente Relatório Mundial sobre Deficiência (OMS, 2011) destacou a violência como uma das principais causas de morbidade entre as pessoas com deficiência, avaliando em que medida estas pessoas experimentam diferentes tipos de violência e os custos de saúde e econômicos associados. Os autores analisaram dados durante o período de 2009-2010 para estimar a probabilidade de uma pessoa com deficiência física ou intelectual ser vítima de violência, embora não incluíssem informações sobre as pessoas com deficiência que vivem em instituições.

A análise dos dados revelou que as vítimas com deficiência eram duas vezes mais propensas a experimentar dificuldades emocionais do que as vítimas sem deficiência, fato que confirma que o custo da violência é altíssimo para os cofres públicos, que precisam responder a estas demandas, a despeito das marcas deixadas nos indivíduos. Segundo os autores, a prevalência e o risco de violência estimados nesse estudo são consistentes com relatórios específicos de alguns países. O referido Relatório destaca a necessidade dos profissionais da saúde estarem cientes dos riscos maiores de violência entre as pessoas com todos os tipos de deficiência e do aumento do risco de dificuldades emocionais entre as vítimas com deficiência.

A mulher com deficiência

Importante considerar que a mulher com deficiência intelectual sofre maior risco de abuso sexual do que a mulher sem deficiência, em função de dificuldades no repertório de habilidades sociais, que resulta em maior vulnerabilidade, por conta de dificuldades de comunicação; inabilidade em buscar ajuda ou em denunciar o abuso; falta de conhecimento em como se defender do abuso; falta de conhecimento sobre comportamento sexual apropriado e dependência excessiva de terceiros (Barros, Williams e Brino, 2008).

Com relação aos indicadores comportamentais e psicológicos da violência contra a mulher e que também podem ser observados na mulher com deficiência, podem ser encontrados: dificuldade de tomar decisões, compulsão (comida, cigarro, bebida etc.), abuso de substâncias psicoativas, dificuldades sexuais,

necessidade de falar ou impossibilidade de falar sobre o evento, dificuldade de concentração, inquietação, baixa autoestima, agitação, irritabilidade, choro sem motivo aparente, depressão, ansiedade, Transtorno de Estresse Pós-traumático, ideação ou tentativa de suicídio (Williams, Maldonado e Padovani, 2008).

Outro aspecto amplamente divulgado na literatura da área refere-se à aprendizagem do comportamento violento como forma de resolver conflitos, ou seja, a vítima acaba por reproduzir o mesmo comportamento violento nos seus relacionamentos atuais e futuros (Williams, Maldonado e Padovani, 2008).

Com base na revisão de literatura, é possível constatar que existe a necessidade de que novas pesquisas possibilitem o cruzamento dos indicadores comportamentais e psicológicos identificados com as diferentes modalidades de deficiência e categorias de violência, tendo em vista as diversas faixas etárias, a fim de obter mais informações sobre o fenômeno da violência contra pessoas com deficiência. Tais estudos poderiam viabilizar a elaboração de protocolos de avaliação que incluíssem esses indicadores, facilitando a sua utilização em serviços que atendam vítimas de violência, o que seria altamente desejável.

Referências

AZEVEDO, M.A.; GUERRA, V.N.A. *Crianças vitimizadas: A síndrome do pequeno poder*. São Paulo: Iglu, 1989.

BARROS, R.D.; WILLIAMS, L.C.A.; BRINO, R.F. Habilidades de autoproteção acerca do abuso sexual em mulheres com deficiência mental. *Revista Brasileira de Educação Especial*, vol.14, no.1, Marília, Jan/Apr 2008.

EISENSTEIN, E. Sinais e sintomas dos maus tratos contra a criança e o adolescente. In: WILLIAMS, L.C.A.; PADOVANI, R.C.; ARAÚJO, E.A.C.; STELKO-PEREIRA, A.C; ORMEÑO, G.R.; EISENSTEIN, E. (Orgs.). Fortalecendo a rede de proteção da criança e do adolescente. São Carlos: Pedro e João Editores, 2010. p. 26-27.

HUGHES, K.; BELLIS, M.A.; JONES, L.; WOOD, S.; BATES, G.; ECKLEY, L.; MCCOY, E.; ... OFFICER, A. Prevalence and risk of violence against adults with disabilities: A systematic review and meta-analysis of observational studies. *The Lancet*, 379, 1621-1629, 2012. Disponível em: <http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736%2811%2961851-5/fulltext>. Acesso em 10/11/2013.

JONES, L.; BELLIS, M.A.; WOOD, S.; HUGHES, K.; MCCOY, E.; ECKLEY, L.; ...OFFICER, A. Prevalence and risk of violence against children with disabilities: a systematic review and meta-analysis of observational studies. *The Lancet*, 380, 899-907, 2012. Disponível em: <http://press.thelancet.com/childrendisabilities.pdf>. Acesso em 10/11/2013.

KENDALL-TACKET, K.A.A.; WILLIAMS, L.M.; FINKELHOR, D. Impact of sexual abuse on children: A review and synthesis of recent empirical findings. *Psychological Bulletin*, v. 113, n.1, p. 164-180, 1993.

MEICHENBAUM, D.A. *A clinical handbook/practical therapist manual for assessing and treating adults with post-traumatic stress disorder (PTSD)*. Waterloo: Institute Press, 1994.

Organização Mundial de Saúde (OMS). *World report on violence and health*. Genebra: World Health Organization, 2002. Disponível em: http://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/world_report/en/summary_en.pdf. Acesso em 15/12/2013.

Organização Mundial de Saúde (OMS). *Relatório Mundial sobre a Deficiência*. Genebra: World Health Organization, 2011. Disponível em: http://whqlibdoc.who.int/hq/2011/WHO_NMH_VIP_11.01_por.pdf?ua=1. Acesso em 14/10/2013.

PETERSILIA, J.R. Crime victims with developmental disabilities: a review essay. *Criminal Justice & Behavior*, 28, 6, p. 655–694, 2001.

SULLIVAN, P.M.; KNUTSON, J.F. Maltreatment and disabilities: A population-based epidemiological study. *Child Abuse & Neglect*, v. 24, p.1257-1274, 2000.

WILLIAMS, L.C.A. Abuso sexual infantil. In: GUILHARDI, H.J.; MADI, M.B.B.P.; QUEIROZ, P.P.; SCOZ, M.C. (Orgs.) *Comportamento e Cognição: Contribuições para a construção da teoria do comportamento*. Santo André: ESETec Editores Associados, 2002. p. 155-164.

WILLIAMS, L.C.A. Sobre deficiência e violência: Reflexões para uma análise de revisão de área. *Revista Brasileira de Educação Especial*, Marília, v.9, n.2, p.141-154, Jul./Dez. 2003.

WILLIAMS, L.C.A.; MALDONADO, D.P.A.; PADOVANI, R.C. *Uma vida livre de violência* (Cartilha). Departamento de Psicologia, Universidade Federal de São Carlos, 2008.