

A REELABORAÇÃO DA SEXUALIDADE NA LESÃO MEDULAR ADQUIRIDA

Lívia Márcia Batista de Andrade¹

Tálita Davi Ignaccolo²

Moisés Ravagnani Leme³

Resumo

A lesão medular é uma deficiência física que gera grande impacto biopsicossocial no indivíduo. O presente trabalho teve por objetivo analisar os aspectos concernentes à sexualidade em portadores da lesão medular adquirida. Trata-se de um trabalho de cunho descritivo-qualitativo, baseado no referencial teórico psicanalítico. A coleta de dados deu-se por meio de entrevistas semiestruturadas. Participaram da pesquisa nove pessoas com lesão medular adquirida há no mínimo um ano, que vivenciaram a sexualidade antes de adquirir a lesão. Os resultados apontam que oito dos nove participantes reelaboraram a maneira de vivenciar a sexualidade, por meio da recuperação da autoestima, positividade da autoimagem e conhecimento sobre as possibilidades e limitações. Os resultados também apontam que o impacto sociocultural e a falta de conhecimento das possibilidades do deficiente, juntamente com a falta de uma orientação sexual focada no lesado medular, podem exercer uma influência negativa na retomada da vivência sexual.

Palavras-chave: Reabilitação sexual. Deficiência física. Psicanálise. Sexualidade. Gênero.

Abstract

The spinal cord injury is a physical deficiency that enables a huge biopsychosocial impact on the person. The present study aimed at analyzing the aspects concerning sexuality of carriers with acquired spinal cord injury. This is an investigative-qualitative research paper based on psychoanalytic theoretical framework. The data collection was made through semi-structured interviews. Nine persons, who have had the spinal injury for at least one year and had had sexual experiences before the injury, participated in the research. The results show that eight out of the nine participants reworked the way of living the sexuality, through the regaining of self-esteem, positivation of self-image and knowledge about the possibilities and limitations. The results also indicate that the socio-cultural impact and the lack of knowledge of the possibilities of the handicapped, together with the lack of a sexual orientation focused on the spinal injury, may carry out a negative influence on resumption of sexual experiences.

Keywords: Sexual Rehabilitation. Physical Disability. Psychoanalysis. Sexuality. Genre.

Introdução

O presente trabalho tem por objetivo analisar aspectos concernentes à sexualidade na deficiência física por lesão medular adquirida, adotando para tal o referencial teórico psicanalítico.

¹ Mestra e Doutora em Psicologia. Professora do Centro Universitário Padre Anchieta.

² Graduada em Psicologia pelo Centro Universitário Padre Anchieta.

³ Graduado em Psicologia pelo Centro Universitário Padre Anchieta.

Devido ao crescimento de episódios de violência urbana, como acidentes de trânsito e agressões por arma de fogo, o número de pessoas que enfrentam o sofrimento de adquirir uma deficiência é alarmante e crescente (CAVALCANTE; CARVALHO; BARBOSA & ROLIM, 2008). Uma pesquisa da Rede SARAH de Hospitais de Reabilitação (2013) investigou as causas externas de internação em suas unidades de Brasília, Salvador, Belo Horizonte, São Luís e Fortaleza; verificou-se que 71,8% dos internados eram portadores de lesão medular (resultando em paraplegia em 69,7%); as causas apuradas da lesão medular foram diversas: 43,6% por acidente de trânsito, 29,6% por agressão por arma de fogo, 12,6% por queda, 7,5% por outras causas e 6,7% por mergulho.

Segundo as Diretrizes de Atenção à Pessoa com Lesão Medular, do Ministério da Saúde (2013):

Chamamos de lesão medular toda injúria às estruturas contidas no canal medular (medula, cone medular e cauda equina), podendo levar a alterações motoras, sensitivas, autonômicas e psicoafetivas. Estas alterações se manifestarão principalmente como paralisia ou paresia dos membros, alteração de tônus muscular, alteração dos reflexos superficiais e profundos, alteração ou perda das diferentes sensibilidades (tátil, dolorosa, de pressão, vibratória e proprioceptiva), perda de controle esfinteriano, disfunção sexual e alterações autonômicas como vasoplegia, alteração de sudorese, controle de temperatura corporal entre outras. (p. 6).

É possível observar que a lesão medular afeta todo o âmbito biopsicossocial do indivíduo, resultando não apenas na perda dos movimentos, mas também influencia nas capacidades sensitivas, no controle vasomotor, no controle intestinal e da bexiga.

A lesão medular pode ser de causa traumática (acidentes, violência, quedas, etc.) e não traumática (tumores, disfunções, etc.), e o impacto fisiológico é diretamente ligado à extensão da vértebra que foi lesionada (MAIA, 2012). O quadro clínico do lesionado depende de dois fatores, sendo eles o nível da lesão (que é determinado pelo segmento da medula que foi lesionado) e o grau da lesão. O grau pode ser completo, quando todas as estruturas são comprometidas, acarretando em uma ausência total da função sensitiva e motora, ou incompleto, quando apenas algumas estruturas foram lesionadas, acarretando numa preservação parcial da função sensitiva e motora. (BAASCH, 2008).

Cavalcante *et al.* (2008, p. 28) destacam que “[...] poucas lesões têm um potencial de gerar efeitos tão devastadores na vida e qualidade de vida como uma lesão na medula espinhal.”

Sexualidade e lesão medular

Carneiro *et al.* (2012), definem a sexualidade como:

Parte integrante da personalidade de cada ser humano, é um aspecto natural e precioso da vida, uma parte essencial e fundamental de nossa humanidade [...]. Não está restrita a impulsos biológicos e representa muito mais que procriação, afetando o ser humano em sua totalidade. Pela sexualidade passam toda a experiência e autoconsciência do indivíduo, ou seja, a pessoa percebe, sente, pensa e ama. (p. 30).

Sendo assim, o ato sexual genital é apenas uma das formas de expressão da sexualidade, não a única. Sexualidade é muito mais que isso, engloba a maneira como nos relacionamos conosco e com os outros, estando presente em todas as fases do desenvolvimento humano, independentemente de ser ou não pessoa com deficiência. (DIAS, 1997; FRANÇA; CHAVES, 2005; BAASCH, 2008; MAIA; RIBEIRO, 2010).

Tornar-se deficiente implica também ter sua sexualidade negada pela sociedade e por si mesmo (VASH, 1991 *apud* BARBOSA, 2003). A falta de informação e a ideia de que a sexualidade é genital sugerem uma imagem de seres assexuados; nossa cultura tende a negar as manifestações da sexualidade de pessoas com deficiência. (MAIA; RIBEIRO, 2010). Além disso, há padrões culturais de beleza e de desempenho que acabam por deixar à margem todo aquele que foge ao que é imposto; assim, os deficientes são vítimas diretas e indiretas, carregando a pesada carga sócio-histórico-cultural de serem incapazes e dignos de pena. (BRUNS, 2001 *apud* BARBOSA 2003; MAIA, 2009). A vergonha e a culpa por não estarem nesses padrões sociais geram um período de rejeição de si, trazendo sentimentos de inutilidade, de fracasso e de desvalia. (DIAS, 1997; SILVA; ALBERTINI, 2007).

Carneiro *et al.* (2012) destacam que a trajetória da atividade sexual após a lesão medular inclui um período de luto sexual, independentemente de ser homem ou mulher; esse luto não tem uma duração determinada, mas não deveria ultrapassar os seis meses, pois a sexualidade é importante e deve ser retomada. Alguns estudos apontam que é possível retomar a vivência da sexualidade de uma maneira prazerosa por meio do autoconhecimento, valorização de si, recuperação da autoestima, positividade da imagem corporal, superação das disfunções com técnicas, medicamentos, próteses e lubrificantes, conhecimento de posições sexuais e informação. (SILVA; ALBERTINI, 2006; CAVALCANTE *et al.*, 2008; CARNEIRO *et al.*, 2012).

A sexualidade do lesado medular não pode e não deve ficar negada por muito tempo, pois é primordial para o relacionamento do indivíduo consigo e com o mundo, ligada à maneira como ele percebe a si e aos outros. É neste sentido que este trabalho pode contribuir,

analisando e divulgando as implicações da lesão medular adquirida na sexualidade humana, investigando suas possíveis limitações e o possível reestabelecimento da sexualidade a partir da experiência de quem viveu essa situação.

Bases teórico-metodológicas

O referencial teórico psicanalítico servirá de base, no presente trabalho, para a questão da deficiência e sexualidade. O tema da sexualidade sempre foi presente na teoria psicanalítica; Freud (1905) descreveu as fases de desenvolvimento psicosexual, apresentando ao mundo que a sexualidade está presente em todas as fases do desenvolvimento humano, desde o nascimento até a morte, sendo a energia libidinal, os impulsos agressivos e sexuais, que movem os seres humanos. A sexualidade também estará presente no indivíduo que sofreu uma lesão medular, porém, é necessário que se entenda quais são as implicações desta lesão no funcionamento do aparelho psíquico do indivíduo para que haja uma compreensão de como funcionará a retomada da sexualidade na lesão medular adquirida.

O acidente, a perda do corpo saudável, gera um trauma; Freud (1920) descreve o trauma como:

[...] quaisquer excitações provindas de fora que sejam suficientemente poderosas para atravessar o escudo protetor [...]. Um acontecimento como um trauma externo está destinado a provocar um distúrbio em grande escala no funcionamento da energia do organismo e a colocar em movimento todas as medidas defensivas possíveis [...]. (p. 40).

Sendo assim, o trauma é um acontecimento externo grande, que rompe o escudo protetor do aparelho psíquico e provoca grandes alterações no funcionamento do indivíduo, mobilizando vários mecanismos de defesa do ego. Como exemplo de um dos mecanismos de defesa do ego, é possível citar a negação; quando o indivíduo se vê lesionado, ele tende num primeiro momento a negar e a procurar outros diagnósticos (MAIA, 2009).

Eizirik, Aguiar, Schestatsky e colaboradores (2008) destacam que:

Em geral, os pacientes se tornam muito sensíveis a qualquer alteração no funcionamento do corpo [...]. Quando um paciente se sente aprisionado a um corpo incapaz, psicologicamente também se estabeleceu uma incapacidade, tornando-o temeroso de sair na rua ou mesmo de se afastar de parentes ou do telefone. Sua vida se torna um indefinido “esperar”. (p. 698).

Observa-se que as lesões orgânicas geram traumas e impactam diretamente em um sofrimento psicológico e sentimento de incapacidade. Porém, com a autoestima restabelecida,

o paciente obtém uma melhora, saindo desse estado de incapacitação psicológica. (EIZIRIK *et al.*, 2008).

É possível observar que a reestruturação da psique passa assim pelo conhecimento das limitações, pela forma que se percebe a reação das outras pessoas e por uma descoberta de uma nova convivência com o próprio corpo, tornando assim possível a redescoberta da sexualidade.

Método

Foram entrevistados nove participantes, sendo um do sexo feminino e oito do sexo masculino, com a faixa etária de 32 a 54 anos, com lesão medular adquirida há no mínimo doze meses, e que tiveram experiência sexual genital antes da aquisição da lesão.

As entrevistas foram realizadas em duas instituições de Jundiaí, interior de São Paulo, que realizam diferentes trabalhos com pessoas portadoras de lesão medular adquirida, sendo elas o CRJ (Centro de Reabilitação de Jundiaí) e o Centro Esportivo Aramis Pollis (Grupo de Basquete sobre Rodas).

O instrumento utilizado foi um roteiro de entrevista semiestruturada elaborado pelos pesquisadores, dividido em duas partes; na primeira parte, tratava-se da caracterização social e clínica do indivíduo; na segunda parte, tratava-se de perguntas que permitiam a análise das implicações da lesão medular na sexualidade e do restabelecimento da mesma.

O projeto foi submetido ao Comitê de Ética e Pesquisa do Centro Universitário Padre Anchieta; após aprovado, foi apresentada a proposta de trabalho às instituições e aos participantes, então solicitando que lessem e tirassem dúvidas sobre o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e após isso que assinassem o TCLE. Feito isso, os pesquisadores iniciaram as coletas de dados, por meio de entrevistas semiestruturadas realizadas em salas das próprias instituições. Os participantes foram indicados por funcionários das instituições.

A análise de resultados foi realizada da seguinte maneira: com base na teoria psicanalítica, foi realizada uma análise de discurso e categorização de respostas, por meio de uma análise qualitativa dos dados.

Resultados e discussão

Dados demográficos e clínicos

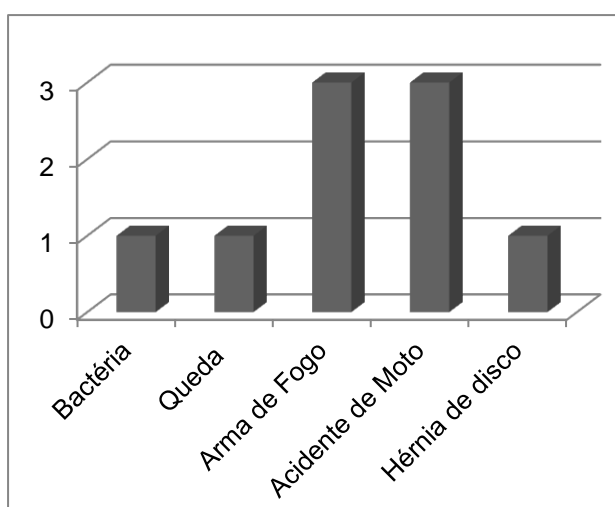
A população estudada tem entre 32 e 54 anos, sendo um indivíduo do sexo feminino e oito do sexo masculino. A tabela e os gráficos a seguir caracterizam os participantes do estudo.

Tabela 1 – Idade, sexo e tempo de lesão dos participantes da pesquisa

Sujeitos	Idade (anos)	Sexo	Tempo de Lesão (anos)
S1	47	Feminino	20
S2	43	Masculino	20
S3	51	Masculino	28
S4	32	Masculino	6
S5	34	Masculino	3
S6	36	Masculino	1
S7	54	Masculino	2
S8	47	Masculino	1
S9	33	Masculino	9

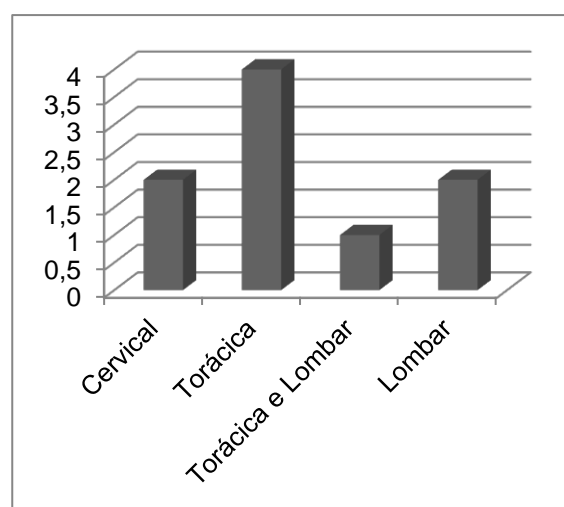
Fonte: Elaborada pelos autores.

Gráfico 1 – Etiologia da lesão medular



Fonte: Elaborado pelos autores.

Gráfico 2 – Nível da lesão medular



Fonte: Elaborado pelos autores.

Como é possível observar, as causas da lesão medular da população estudada foi acidente de moto (S4, S5 e S8), disparo de arma de fogo (S3, S6 e S9), queda (S2), bactéria (S1) e hérnia de disco (S7). Predominantemente, a lesão foi no nível torácico (S2, S4, S5 e S6), seguido pelos níveis lombar (S8 e S9) e cervical (S1 e S7); um dos participantes (S3) possui lesão que atinge o nível torácico e lombar simultaneamente. Do total de participantes, quatro possuem Lesão Completa (S2, S3, S4 e S8) e cinco possuem Lesão Incompleta (S1, S5, S6, S7 e S9).

Em relação à atividade laboral, seis estão aposentados (S1, S2, S3, S4, S7 e S8), dois estão afastados do trabalho (S5 e S6) e um trabalha como vendedor (S9). Em relação ao estado civil, oito estão solteiros e um é casado (S8).

Vivência da sexualidade antes e após a lesão medular adquirida

Todos os participantes disseram que tiveram uma vida sexual normal e ativa antes da lesão medular. Quando questionados em relação à vivência da sexualidade após a lesão, sete relatam que no começo foi difícil e que foi necessária uma readaptação.

Depois da lesão, eu pensava que eu era metade mulher; quando eu passei pela AACD eles me orientaram nesta questão e me disseram: “Não é porque você não tem sensibilidade no órgão genital que você é metade mulher”, então foi ficando bom. Hoje pra mim é normal, desde que o parceiro compreenda, ele tem que ser muito carinhoso e estimular muito, porque está na mente da pessoa, se não fizer isso não vira, tem que ter carinho e confiança, mas isso pra mulher é normal, você pode até andar e ser o que é considerado normal, se não for estimulada não adianta, nisso não tem muita diferença. Então eu tenho a cadeira de roda e a lesão em si não leva a muita diferença não, pode ter uma vida normal desde que o parceiro saiba entender este lado. (S1, 47 anos).

Através do discurso de S1, é possível observar aspectos narcísicos da personalidade, pois quando a capacidade da pessoa é bruscamente diminuída por um dano físico, ela pode ser levada a uma reativação de sentimentos infantis de desamparo (FRISHENSCHLAGER; PUNCHER, 2002 *apud*, EIZIRIK *et al.*, 2008). Quando ela diz “eu era metade mulher”, produz um discurso de desamparo e incompletude. O ego ideal é representante das ambições pessoais, e o ideal de ego é representante das aspirações sociais, na necessidade de o sujeito ser aquilo que a sociedade espera dele (ZIMERMAN, 1999). Quando a participante diz que se enxergava pela metade, é que quando ela se viu sem os movimentos e em uma cadeira de rodas, deparou-se longe do ideal de ego e do ego ideal, formando então uma ferida narcísica. Ferida narcísica é a distância entre o eu ideal e o eu real. (ZIMERMAN, 1999).

Esta fala de S1 ilustra o que foi possível observar em todos os participantes, uma vez que todos relataram um período de desvalia de si e de aspectos envolvidos na questão da ferida narcísica. Hoje S1 se reconhece como uma mulher inteira e diz viver uma vida normal; isso é possível porque é possível reabilitar a mente, mesmo quando o corpo já não pode mais ser reabilitado, por meio do resgate da autoestima, da imagem corporal e da autopercepção (DIAS, 1997; EIZIRIK *et al.*, 2008; MAIA, 2009).

Uma questão comum aos homens e que mostrou ser fonte de incômodo foi a falta da ejaculação: “Eu tenho vivência da sexualidade, mas muda muita coisa, modifica as posições, e tem a ejaculação, que eu não tenho mais desde o acidente” (S4, 32 anos). O relato de S4 é importante porque ilustra esta questão. Puhlmann (2000) destaca que os homens atribuem um valor alto ao desempenho de seu órgão sexual e que quando não ejaculam experienciam um sentimento de impotência. A carga cultural influencia muito nesta percepção, uma vez que em nossa sociedade ser homem está associado a ser viril, sendo a masculinidade relacionada diretamente à virilidade e ao desempenho (SILVA; ALBERTINI, 2007; MAIA 2009).

“Ainda estou aprendendo, mas hoje eu vejo como uma descoberta, é diferente.” (S5, 34 anos). O relato de S5 indica o caminho percorrido por ele, assim como pelos outros, para a reelaboração da sexualidade, após sofrer uma lesão medular: é necessário reaprender, se redescobrir, se reinventar. (CARNEIRO *et al.*, 2012; BARBOSA, 2003).

“Minha vivência sexual está bem parada, está complicado porque não tenho mais movimentos, né? Depois que isso caiu, acabou tudo.” (S7, 54 anos). Esse relato pertence ao único participante que ainda não retomou a vivência sexual. O discurso mostra que há um sentimento de desvalia de si, seria o mesmo que dizer que, já que não anda e está sem movimentos, acabou tudo, não é capaz de fazer outras coisas, vendo a si mesmo como alguém incapaz. Esse sujeito não recuperou ainda sua autoestima, apresentando uma autoimagem negativa, não reinventando maneiras de vivenciar a sexualidade; isso se deve também à visão estereotipada da sociedade e à falta de informação sobre a sexualidade na lesão medular. Esses fatores serão abordados mais profundamente nos próximos tópicos. O caso de S7 envolve ainda a idade do lesionado, o tempo decorrido desde a lesão, o tempo de elaboração do trauma, a vivência da perda e a resignificação de seus valores.

Medo da sexualidade

Os participantes foram questionados sobre os medos que sentiram ou sentem ao iniciar alguma prática sexual após a lesão; seis entrevistados relataram que sentiram medo, e três

disseram que depois que decidiram iniciar as práticas sexuais não sentiram nenhum medo e nenhum receio.

Os medos mais citados eram advindos da falta de informação, o não saber sobre as possibilidades e desconhecer as capacidades do corpo. Os seis participantes relataram que apesar de terem sentido medo no início, hoje já não sentem e vivenciam a sexualidade “numa boa”; isso acontece porque há um período de readaptação e de redescoberta, de descobrir o novo corpo e aceitá-lo. Dias (1997) destaca que a autoaceitação é a consciência que o indivíduo tem de si próprio, quando ele reconhece suas possibilidades e limitações, se aceita como alguém capaz e assim vê que pode vivenciar a sexualidade, cada um a sua maneira, descobrindo o que estimula mais, quais as áreas do corpo proporcionam maior prazer, quais as posições possíveis, enfim, vivenciando a sexualidade plena.

“É, a princípio eu não imaginava como seria, apesar de sempre ter evitado ter um filho, por achar que não era o momento certo pra isso; a princípio, a minha preocupação maior era em relação a isso, a questão de ser pai.” (S4, 32 anos). Nesse discurso, é possível observar a preocupação relativa à possibilidade de ser pai. Ribeiro (2006) destaca que ter um filho é um investimento narcísico, pois os pais imaginam que o filho poderá ser melhor do que eles foram. Além disso, o filho representa uma continuidade narcísica para os pais, uma espécie de imortalidade, pois é um pedaço de si, de sua carga genética, que ficará depois da morte e que seguirá através das gerações, servindo como um alívio ao Ego diante da certeza de sua finitude. Freud (1914) aponta que todos possuem um instinto de autopreservação, de imortalidade, e o narcisismo está diretamente ligado a esse instinto. Sendo assim, os pais fazem investimentos narcísicos em seus filhos, garantindo com isso a sua imortalidade. Ribeiro (2006) destaca ainda que quando a possibilidade de filhos é negada, instaura-se uma ferida narcísica relacionada a esse desejo narcísico de imortalidade, pois não tendo filhos, o indivíduo não terá uma continuação de si, ficando o ego sem refúgio diante da certeza de sua finitude.

Diante desta questão, a preocupação de S4 está diretamente ligada aos aspectos narcísicos da personalidade, sendo fonte de receio. Ele afirma que ainda não obteve informações sobre suas possibilidades de gerar filhos, sendo isso ainda uma fonte de preocupação e receio, mesmo após anos de lesão.

“Depois que eu decidi partir pra esse lado da sexualidade, eu não tive medo, não; eu tenho dúvidas ainda, mas medo, não.” (S5, 34 anos). “No meu primeiro banho, a primeira coisa que eu fui ver é se o bichinho estava vivo, então ali eu já comecei a buscar a minha sexualidade, fui atrás de informações.” (S3, 51 anos). Esses relatos pertencem a dois

participantes que disseram que não sentiram medo de iniciar a prática sexual. Ambos os participantes decidiram partir em busca da sexualidade, aceitaram a nova realidade imposta e decidiram conhecer o desconhecido, buscando informações que seriam ferramentas para a redescoberta da sexualidade.

Outro participante que disse não sentir medo da vivência sexual foi S7, porém, ele ainda não vivenciou sua sexualidade, conforme suas palavras: “Não tenho medo, acho que com o tempo, se eu melhorar, volta”. Teixeira (2006) aponta que esse discurso de “quando eu ficar bom, quando eu melhorar” denuncia a esperança e o desejo de que a doença seja algo passageiro. Este fato está ligado ao Princípio do Prazer e ao Princípio da Realidade; o primeiro diz respeito ao fato de que a mente tende a atuar de forma que possibilite o prazer e impeça o desprazer; o segundo diz respeito à capacidade do ego de diferenciar os estímulos internos (desejos e impulsos do Id) dos estímulos e percepções externas (BRENNER, 1975), ou seja, quando o indivíduo deixa de se readaptar à nova condição e se prende em desejos e impulsos oriundos do Id, no caso em questão o desejo de retornar à condição estabelecida antes de adquirir a lesão, ele passa a ser orientado pelo princípio do prazer, não se atentando à realidade. Quando o indivíduo reconhece seu mundo interno, seus desejos, e os diferencia de sua realidade externa, passa a se orientar pelo princípio da realidade. Quando a pessoa é regida pelo princípio da realidade, ela é capaz de encontrar no ambiente as maneiras de gratificação dos desejos do Id, ou seja, ela pode não voltar à condição anterior ao acidente, mas pode buscar e aprender outras formas de viver e ter prazer na vida.

Segundo Teixeira (2006), é apenas se orientando pelo princípio da realidade que o indivíduo é capaz de se integrar novamente ao mundo externo.

Do pensamento à prática sexual após lesão

Tabela 2 – Tempo para começar a pensar na sexualidade após a lesão medular

Sujeito	Tempo Pós-lesão
S1	5 anos
S2	10 anos
S3	Imediatamente
S4	1 ano
S5	1 ano
S6	1 ano
S7	Não pensa
S8	Imediatamente
S9	Imediatamente

Fonte: Elaborada pelos autores.

Na tabela acima, é possível observar o tempo que cada entrevistado levou para começar a pensar na questão da sexualidade após a lesão. Não há um tempo padrão, pois cada indivíduo reage de uma maneira diferente, porém, sabe-se que há um período de luto sexual, uma vez que a pessoa acometida por um trauma necessita de um tempo para se restabelecer e se adaptar a essa nova situação (EIZIRIK *et al.*, 2008; MAIA, 2009). O tempo necessário para essa adaptação depende da história de vida e da plasticidade psíquica de cada indivíduo, mas é importante que haja essa adaptação na questão da sexualidade, uma vez que a mesma está diretamente ligada à maneira como o indivíduo se relaciona consigo mesmo e com o mundo (DIAS, 1997; MAIA 2001; SILVA; ALBERTINI, 2007; GESSER; TONELI; NUERBERG, 2008; CAVALCANTE *et al.*, 2008).

Tabela 3 – Práticas sexuais atuais

	Penetração	Sexo Oral	Masturbação	Beijo	Nenhum
Nº de sujeitos	8 de 9	8 de 9	1 de 9	8 de 9	1 de 9
Total de sujeitos entrevistados: 9					

Fonte: Elaborada pelos autores.

Em relação às práticas sexuais que utilizam hoje (Tabela 3), oito dos nove entrevistados (S1, S2, S3, S4, S5, S6, S8 e S9) disseram que utilizam penetração, sexo oral, carícias, beijos, abraços e carinho. Um dos entrevistados relatou que também utiliza masturbação (S9). Para a prática sexual, os entrevistados relataram que é necessário reaprender posições que ajudam na relação e no prazer, e também que é importante o(a) parceiro(a) ser compreensivo(a) e confiável. Alguns utilizam também medicamentos que facilitam a ereção. S7 é o único entrevistado que não retomou a vivência da sexualidade e afirma não pensar a respeito.

Relação com o corpo

“Tem hora que não me sinto bem com o meu corpo, que dá aquelas recaídas e que eu fico um pouco pra baixo, lembro de antes do acidente e me vejo nessa situação, e aí fica um pouco complicado”. (S4, 32 anos). “Hoje eu confesso que estou bem, mas não é fácil, não, o que eu era antes e o que sou hoje.” (S2, 43 anos). Esses relatos demonstram o sentimento de

alguns entrevistados em relação ao corpo. Todos os entrevistados relataram que no começo é muito difícil a visão de seu próprio corpo; alguns se adaptaram, e outros ainda estão em fase de adaptação. A comparação com o que era antes do acidente, a dor e as limitações estão sempre presentes quando se fala da visão de si.

Teixeira (2006) aponta que a palavra “corpo” é associada ao padrão de beleza vigente da sociedade, e quando se fala de corpo do deficiente, esse corpo é negado, uma vez que está longe dos padrões por ela estabelecidos; esse corpo não é parecido com o das estrelas de cinema, modelos de passarela, não está nas campanhas publicitárias de revistas e comerciais de TV.

É sabido que a relação com o corpo afeta as relações sociais, e com isso o prazer e a sexualidade dos indivíduos. Porém, com o restabelecimento da autoestima e com o conhecimento das possibilidades e limitações decorrentes da nova condição, é possível uma reelaboração da autoimagem e dos papéis que cada um representa na sociedade, como indivíduos que possam desejar e ser desejados. (MAIA, 2012; EIZIRIK *et al.*, 2008; SILVA; ALBERTINI, 2007).

Percepção da sociedade em relação à sexualidade do lesado medular

Perguntados sobre como acham que a sociedade enxerga a sexualidade do lesado medular, oito entrevistados (apenas S9 divergiu) disseram que a sociedade pensa que são seres assexuados, que ficam ali parados, incapacitados e totalmente dependentes, que é um assunto que não é falado, sendo considerado ainda um tabu, e que falta informação.

Essa imagem distorcida da sociedade atrapalha a retomada da vivência da sexualidade, uma vez que rotula os lesados como incapacitados, negando a eles a possibilidade de retomarem este aspecto da vida. Assim, além de lidar com as próprias limitações e dificuldades, a pessoa ainda tem que lidar com as limitações de uma sociedade desinformada que os limita. Barbosa (2003) aponta que a lesão medular limita o corpo, porém é a sociedade que impõe ao indivíduo a condição de ser assexuado. A sociedade tem um preconceito em relação à sexualidade do deficiente físico; isso advém da falta de informação e conhecimento acerca do assunto (FIGUEIRA, 1996 *apud* BARBOSA, 2003).

Orientação sobre a sexualidade

Em relação à orientação de profissionais sobre a retomada da sexualidade, quatro entrevistados (S6, S7, S8 e S9) disseram que não receberam nenhum tipo de orientação, entre

eles, S7, que ainda não vivencia a sexualidade. Cinco entrevistados disseram que receberam informações, mas que elas não foram suficientes, pois a sexualidade era tratada de uma maneira geral e superficial. S2 relata que recebeu informação somente 14 anos após a lesão, quando mudou de médico urologista, que o instruiu a retomar a vida sexual, fornecendo algumas informações em relação ao sexo e ao desempenho. Três entrevistados (S3, S4 e S5) relataram que procuraram informações na internet, descobrindo sites que tratam do assunto. Em relação às especialidades dos profissionais que deram informações acerca da sexualidade, eram todos fisioterapeutas e urologistas.

É importante salientar que a falta de informação prejudica na retomada da vivência da sexualidade (BARBOSA, 2003). A sexualidade muitas vezes é negligenciada e tida como secundária, mas é importante para a qualidade de vida dessas pessoas.

Os entrevistados comentaram sobre a falta de informação sobre a sexualidade em relação aos próprios lesionados e à sociedade em geral, e também sobre a carência de profissionais que trabalhem com o aspecto da sexualidade na reabilitação: “Eu quero que vocês passem que as pessoas com lesão podem fazer sexo, que é normal, a sexualidade é boa, é vida.” (S1, 47 anos). “Acho que faltam profissionais para orientar a gente sobre sexualidade, em como que faz depois que estamos nessa situação.” (S7, 54 anos).

A falta de orientação, aliada à vergonha de perguntar, pode dificultar a vivência sexual, e, além disso, como aponta Barbosa (2003), a pessoa não orientada pode ter experiências sexuais frustradas, por ter como modelo o desempenho que tinha antes da lesão, o que pode atrapalhar a reelaboração da sexualidade.

Por meio das entrevistas realizadas, foi possível observar os aspectos que envolvem a sexualidade na lesão medular adquirida; esses aspectos são relacionados à perda do corpo saudável, à readaptação à nova realidade, à visão de si mesmo, à maneira como os lesionados são vistos pela sociedade, à quantidade de informação disponível no ambiente, ao conhecimento de possibilidades e limitações e à recuperação da autoestima.

Assim que o indivíduo sabe que adquiriu uma lesão, ele primeiramente entra no estágio de negação: ele não quer acreditar, ele acredita que vai se recuperar. Depois, ele entende o diagnóstico e reconhece as limitações impostas pela deficiência; por último, o sujeito vai se restabelecendo e reaprendendo a viver. (LOUREIRO, CHAVES, FARO, 1997 *apud* MAIA, 2009).

Freud (1914) aponta que:

[...] uma pessoa atormentada por dor e mal-estar orgânico deixa de se interessar pelas coisas do mundo externo, na medida em que não dizem

respeito a seu sofrimento. Uma observação mais detida nos ensina que ela também retira o interesse libidinal de seus objetos amorosos [...]. Devemos então dizer: o homem enfermo retira suas catexias libidinais de volta para seu próprio ego, e as põe pra fora quando se recupera. (p. 89).

Assim, o indivíduo primeiramente centraliza esforços na questão da reabilitação física, e depois vão acontecendo a reabilitação psicológica e a adaptação à nova realidade. Toda a energia libidinal do indivíduo é deslocada para a sua recuperação física, ficando a sexualidade reprimida por um tempo. Foi possível observar que a sexualidade é deixada em segundo plano tanto pelos profissionais da saúde quanto pelos indivíduos lesionados.

A lesão medular influencia na perda dos movimentos e da sensibilidade dos membros, além de influenciar no controle da bexiga e do esfíncter; a pessoa é forçada a alterar toda a sua rotina, o corpo muda, a relação com o corpo muda, a imagem de si é alterada, tudo negativamente, e com isso o impacto na sexualidade é negativo.

O padrão de beleza da sociedade, a relação entre a capacidade de produzir e o valor atribuído ao ser humano e a falta de informação acerca da sexualidade do deficiente influenciam negativamente na retomada da sexualidade.

A falta de orientação acerca da sexualidade impacta negativamente em sua retomada, uma vez que há o medo do desconhecido, o medo do desempenho, o medo de machucar o próprio corpo, de não saber o que fazer: “O medo é o que mais atrapalha, o medo de machucar minha coluna, de não conseguir, essas coisas, mas agora já está normalizando.” (S8, 47 anos). Esses receios poderiam ser desfeitos com orientação profissional.

Acho que faltam profissionais para orientar a gente sobre a sexualidade, em como faz quando estamos nessa situação, porque é muito importante para a gente, para nossa recuperação psicológica, e eu gostei muito de falar sobre sexo com vocês, porque ninguém perguntou como a gente está nessa parte. O povo acha que a pessoa na cadeira de roda é uma pessoa imprestável, e não é assim, é um ser humano que está lá. (S7, 54 anos).

Considerações finais

É possível afirmar, por meio da análise do discurso dos participantes, que é importante o lesionado se redescobrir e conhecer suas possibilidades, buscar informações e se permitir vivenciar a sexualidade; é possível concluir que para reelaborar a sexualidade, deve-se reinventar o papel social, restabelecer uma boa autoestima, ter uma consciência de si e do próprio corpo, entender as limitações biológicas e também as limitações fisiológicas. O lesionado deve também criar técnicas e usar da criatividade para manifestar uma sexualidade saudável, gratificante e prazerosa. Para isso, é necessário que haja acesso a informação e

orientação, é importante não esquecer a reabilitação biopsicossocial desses pacientes. A sexualidade é importante; Muraro (1983 *apud* DIAS, 1997) destaca que é o no sexo que se localiza o elemento mais importante da nossa interioridade, é onde interagem libido, pulsões, desejos, funções, prazeres e frustrações.

Nesse sentido, as pessoas que adquiriram uma deficiência física devem ser orientadas e estimuladas a desenvolverem a sexualidade de forma gratificante, pois assim estabelecem relações de afeto e de convívio interpessoal. Assim, é importante haver uma equipe multidisciplinar que trabalhe ativamente na reabilitação global do indivíduo, com profissionais capacitados, que orientem sobre a vivência da sexualidade pelo público com lesão medular adquirida, incluindo possíveis posições, técnicas para a redescoberta do prazer, medicamentos, questões relacionadas à fertilidade, esclarecimentos de dúvidas e trocas de informações. Também é importante que a informação sobre as possibilidades das pessoas com deficiência seja divulgada para a sociedade, a fim de amenizar os estereótipos e preconceitos vigentes, uma vez que isso exerce influência sobre esses indivíduos.

Referências

BAASCH, A. K. M. *Sexualidade na Lesão Medular*. Dissertação de Mestrado. Universidade do Estado de Santa Catarina, 2008. Disponível em: <http://www.tede.udesc.br/tde_busca/arquivo.php?codArquivo=1648>. Acesso em: 8 mar. 2014.

BARBOSA, V. R. C. *A Vivência da Sexualidade em Homens com Lesão Medular Adquirida*. Dissertação de Mestrado. Universidade de São Paulo, 2003. Disponível em: <<http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/59/59137/tde-03062009-142233/pt-br.php>>. Acesso em: 5 mar. 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Diretrizes de Atenção à Pessoa com Lesão Medular*. Brasília, 2013. Disponível em: <http://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_atencao_pessoa_lesao_medular.pdf>. Acesso em: 1º mar. 2014.

BRENNER, C. *Noções Básicas de Psicanálise: Introdução à psicologia psicanalítica*. 3. ed. São Paulo: Imago, 1975.

CARNEIRO, V. M. B. et al. Sexualidade em mulheres com lesão na medula espinhal. *Rev. Pesq. Saúde*, v. 13, n. 1, p. 30-33, jan/abr., 2012. Disponível em: <<http://www.periodicoseletronicos.ufma.br/index.php/revistahuufma/article/view/>>. Acesso em: 6 jul. 2013.

CAVALCANTE, K. M. H. et al. Vivência da Sexualidade por pessoas com lesão medular. *Rev. RENE*. Fortaleza, v. 9, n. 1, p. 27-35, jan. 2008. Disponível em: <<http://www.revistarene.ufc.br/revista/index.php/revista/article/view/em515/pdf>>. Acesso em: 5 jun. 2013.

DIAS, C. S. Influências dos fatores físicos e psicológicos na sexualidade do lesado medular. *Revista Bras. Sex. Hum.* São Paulo, v. 8, n. 1, p. 119-132, ago. 1997. Disponível em: <<http://www.sbrash.org.br/portal/images/stories/pdf/rsbh-v8n1.pdf#page=1>>. Acesso em: 8 ago. 2013.

EIZIRIK, L. C. et al. *Psicoterapia de Orientação Analítica: Fundamentos Teóricos e Clínicos*. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2008.

FRANÇA, I. S. X; CHAVES, A. F. Sexualidade e Paraplegia: o dito, o explícito e o oculto. *Acta paul. enferm.* São Paulo, v. 18, n. 3, p. 253-259, jul./set. 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002005000300005>. Acesso em: 10 set. 2013.

FREUD, S. Três Ensaios Sobre a Sexualidade (1905). In: _____. *Obras completas*. Edição Standard Brasileira. Rio de Janeiro: Imago, 2009. v. 7.

_____. Além do Princípio do Prazer (1920). In: _____. *Obras completas*. Edição Standard Brasileira. Rio de Janeiro: Imago, 2009. v. 18.

_____. Sobre o Narcisismo: Uma Introdução (1914). In: _____. *Obras completas*. Edição Standard Brasileira. Rio de Janeiro: Imago, 2009. v. 14.

GESSER, M.; TONELI, M. J. F.; NUERBERG, A. H. Gênero, Corpo e Sexualidade na Produção do Conhecimento Relacionada à Deficiência Física. *Fazendo Gênero 8: Corpo, Violência e Poder*. Florianópolis, ago. 2008. Disponível em: <://www.fazendogenero.ufsc.br/8/sts/ST33/Gesser-Toneli-Nuerberg_33.pdf>. Acesso em: 7 maio 2013.

MAIA, A. C. B. A importância das relações familiares para a sexualidade e a autoestima de pessoas com deficiência física. *Psicologia.com.pt - O Portal dos Psicólogos*, 2009. Disponível em: <<http://www.psicologia.pt/artigos/textos/A0515.pdf>>. Acesso em: 1º mar. 2014.

_____. A Sexualidade Depois da Lesão Medular: Uma Análise Qualitativa-Descritiva de Uma Narrativa Biográfica. *Interação Psicol.*, Curitiba, v. 16, n. 2, p. 227-237, jul./dez. 2012. Disponível em: <<http://ojs.c3sl.ufpr.br/ojs2/index.php/psicologia/article/view/21212/20279>>. Acesso em: 2 fev. 2014.

MAIA, A. C. B.; RIBEIRO, P. R. M. Desfazendo mitos para minimizar o preconceito sobre a sexualidade de pessoas com deficiências. *Rev. Bras. Educ. Espec.* Marília, v. 16, n. 2, p.159-156, mai./ago. 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-65382010000200002>. Acesso em: 3 abr. 2014.

PUHLMANN, R. *A revolução sexual sobre rodas: conquistando o afeto e a autonomia*. São Paulo: O Nome da Rosa, 2000.

RIBEIRO, M. Articulações Entre o Narcisismo e Reprodução Assistida. In: MELAMED, R. M. M.; QUAYLE, J. (Org.). *Psicologia em Reprodução Assistida: Experiências Brasileiras*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2006, p. 91-104.

SARAH – Rede de Hospitais de Reabilitação (Brasil). *As Internações Por Causas Externas*. 2013. Disponível em: <www.sarah.br>. Acesso em: 8 mar. 2014.

SILVA, L. C. A.; ALBERTINI, P. A reinvenção da sexualidade masculina na paraplegia adquirida. *Rev. Dep. Psicol. UFF*. Niterói, v. 19, n. 1, p. 37-48, jan./jun. 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010480232007000100003&langt> Acesso em: 5 ago. 2013.

TEIXEIRA, A. M. *Vida Revirada: O Acontecer Humano Diante da Deficiência Adquirida na Fase Adulta*. Dissertação de Mestrado. PUC-Campinas, 2006. Disponível em: <http://www.bibliotecadigital.puc-campinas.edu.br/tde_busca/arquivo.php?codArquivo=79>. Acesso em: 10 jul. 2014.

ZIMERMAN, D. E. *Fundamentos Psicanalíticos: Teoria, técnica e clínica – uma abordagem didática*. Porto Alegre: Artmed, 1999.