

# ASPECTOS PSICOSSOCIAIS DA SEXUALIDADE DE PESSOAS PORTADORAS DE LESÃO MEDULAR

MARIA CELINA PEIXOTO LIMA \*

## RESUMO

Este artigo constitui uma discussão sobre alguns fatores psicossociais (ignorância sexual, autoconceito, estigma social, defesas psicológicas) responsáveis, em parte, pela forma como a pessoa portadora de lesão medular vivenciará sua sexualidade. Ressalta a necessidade da consideração de tais fatores no trabalho de profissionais de reabilitação (22 ref.).

Psychological Aspects of Sexuality of Patients with Medulla  
Lesion

This article presents a discussion about some psychological factors (sexual unknowledge, self-concept, social stereotype, psychological defences) partially responsible for the way a person with medullar lesion experiences his sexuality. It strengthens the idea that these factor an relevant in the praxis of people who work with rehabilitation.

## INTRODUÇÃO

As conseqüências psicológicas da inabilidade de manter uma ereção ou de chegar ao orgasmo não costumam ser discutidos na literatura. Da mesma forma, são raros os estudos sobre a repercussão da condição social de "desviante" na sexualidade de pessoas portadoras de lesão medular.

A maioria das publicações nessa área refere-se a investigações da sexualidade apenas em sua dimensão fisiológica (Boller e Frank, 1982; Geiger, 1979; Higgins, 1979). Assim, os diferentes comportamentos sexuais apresentados por pessoas com esse tipo de deficiência são, muitas vezes, justificados pelas características próprias da lesão, pelo nível da medula atingido ou pela extensão do comprometimento.

O objetivo do presente artigo é fundamentar a importância da inclusão de certos aspectos psicossociais para uma melhor compreensão do comportamento sexual desses indivíduos.

---

\* Mestre em psicologia clínica pela PUCCAMP. Professora Assistente no Departamento de Psicologia da Universidade de Fortaleza.

## A "FORMAÇÃO SEXUAL": A IMPORTÂNCIA DAS EXPERIÊNCIAS PRÉVIAS

Ao discutirem os aspectos psicológicos envolvidos na sexualidade de pessoas com lesão na medula, Thorn-Gray e Kern (1983) propõem a investigação de atitudes e experiências sexuais anteriores à aquisição da lesão. Acreditam estes autores que a adaptação sexual, mais do que da deficiência física em si, irá depender das condições sobre as quais desenvolvia-se a sexualidade do indivíduo, entre elas o nível de conhecimento sexual, o ajustamento psicológico de forma geral, as dificuldades de relacionamento e tabus sociais.

Algumas das condições acima citadas coincidem com o que Kaplan (1977) aponta como causas de disfunções sexuais. A ignorância sexual é tida como um fator ocasionador de problemas na área da sexualidade. A falta de informações básicas sobre a fisiologia sexual, além de prejudicar o pleno aproveitamento da atividade sexual, leva à formação de concepções errôneas a este respeito (Kaplan, 1977). Para isto, contribui a ausência de uma adequada educação nesta área. Quando não estão ausentes, os programas de educação sexual restringem-se a descrições da anatomia dos aparelhos genitais, do fenômeno da reprodução e de métodos anticoncepcionais. Deixam, assim, espaço para o desenvolvimento de interpretações distorcidas acerca da variabilidade do comportamento sexual. Adotam-se modelos de performance sexual que acabam por transformar-se em verdadeiros mitos repressores da espontaneidade e pelos quais são justificados grande parte dos chamados "desvios sexuais".

Para a reabilitação sexual de pessoas com lesão medular, torna-se essencial que se disfaçam tais concepções e que a sexualidade não mais seja confundida com genitalidade, para que o comportamento sexual possa ser explorado sem os limites da padronização. Como afirma Silver (1975), quando se trata de pacientes portadores de lesão medular, a visão convencionalmente aceita de que a satisfação sexual culmina em orgasmo terá que ser reformulada. Sugere ainda Silver que o princípio da reabilitação sexual de paraplégicos e quadriplégicos deva ser a exploração das regiões inervadas do corpo para compensar a perda das partes paralisadas. A ampliação da noção de sexualidade é apontada também por Cossete (*apud* Fonseca, 1985) como um dos objetivos do aconselhamento sexual.

Um outro fator apontado por Kaplan (1977) como causa imediata de disfunções sexuais consiste na dificuldade de muitos casais em comunicar abertamente seus sentimentos e preferências sexuais.

Thorn-Gray e Kern (1983) identificam a pobreza de comunicação das preferências sexuais como um fator que permeia as relações sexualmente disfuncionais. Segundo eles, "casais com uma comunicação adequada em outras áreas do relacionamento podem hesitar em articular desejos sexuais devido à crença de que uma discussão aberta destes sentimentos destruiria o 'romance' ou a 'espontaneidade' do sexo" (p.140).

A inibição em discutir assuntos sexuais torna-se ainda mais agravante no caso de pessoas portadores de lesão medular já que, muitas vezes, o parceiro des-

conhece as possibilidades e os limites que a lesão medular impõe sobre a atividade sexual. O incentivo a uma maior comunicação das preocupações, preferências e sentimentos ligados a sexualidade deve fazer parte dos objetivos de um programa de aconselhamento sexual.

## A CONDIÇÃO DE "DESVIANTE SOCIAL"

A compreensão da sexualidade de pessoas com deficiências físicas sob uma perspectiva social vem sendo proposta por alguns autores. Hahn (1981) admite que algumas das reservas de pessoas deficientes a respeito de relações sexuais podem refletir barreiras impostas pela sociedade.

Em uma estrutura social dominada por modelos e convenções físicas, dos quais pessoas com deficiências visíveis raramente podem se aproximar, os portadores de lesão medular são, na maioria das vezes, compelidos a assumir um papel que nega os aspectos sexuais do seu ser.

O estigma que a sociedade impõe aos deficientes físicos apoia-se na crença da cultura ocidental de que somente as pessoas jovens e fisicamente perfeitas têm direito ao sexo (Thorn-Gray e Kern, 1983).

A questão do estigma é enfatizada por Ribas (1983), para quem qualquer pessoa não enquadrável nas normas estabelecidas acaba por ser estigmatizada. Na verdade, este estigma não está na pessoa em si, mas na sociedade que dita e identifica as pessoas a serem consideradas "anormais". Goffman (1982) compartilha deste pensamento quando afirma que "a sociedade estabelece os meios de categorizar as pessoas e o total de atributos considerados como comuns e naturais para os membros de cada uma dessas categorias" (p. 11).

O deficiente físico traz no corpo uma marca estigmatizante que o torna diferente e o põe em significante vantagem com relação aos "normais", no que se refere à formação de relações íntimas, nas quais a atratividade física é considerada de fundamental importância. Como salienta Ribas (1983), a simples diferença, numa sociedade que supervaloriza a ordem, assume a conotação de inferioridade, levando o deficiente físico a ser percebido e a perceber-se como menos capaz.

Hahn (1981) afirma que os efeitos da estigmatização podem ser tão fortes para alguns homens e mulheres deficientes que chegam a constituir obstáculos, aparentemente intransponíveis, para amar ou casar.

Como ilustração deste fato são apontados resultados de pesquisas que enfocam o estado civil de pessoas com deficiências físicas (Barker *et al.*; Morgan *et al.*; Schlesinger. *apud* Hahn, 1981). Um desses estudos, realizado com veteranos portadores de lesão medular, revelou que metade da amostra não esperava casar. Outro trabalho cuja população era constituída de vítimas de poliomielite, apontou que, em uma amostra de 437 sujeitos, apenas 27,7% dos homens e 41,1% das mulheres tinham casado. Mesmo em países como a Colômbia, onde a instituição do casamento é fortemente valorizada, mais de 85% das mulheres e 69% dos homens fisicamente deficientes, de acordo com dados de pesquisa, permanecem solteiros.

As pesquisas acima vêm comprovar a influência de barreiras sociais sobre o comportamento amoroso e sexual de deficientes físicos, não descartando, porém, a possível contribuição de características psicológicas individuais sobre os resultados encontrados.

O preconceito social contra a atividade sexual do deficiente físico pode ser confirmado através da observação de atitudes de pessoas não deficientes. Pesquisas têm demonstrado não só uma correlação entre a visibilidade da deficiência física e a ruptura de relações conjugais e familiares, como também têm revelado a existência de atitudes de aversão profundamente enraizadas que afetam a aceitabilidade pessoal e social de pessoas deficientes. Siller e Nigro (*apud* Hahn, 1981) observaram em seus trabalhos sobre a percepção de pessoas não deficientes a respeito dos indivíduos com deficiências físicas, que estes últimos são vistos como "objetos assexuados e como candidatos inaceitáveis para o casamento" (p.223). Safilios-Rothschild (1970, ao sugerir a rejeição estético-sexual como principal tipo de aversão dirigida aos deficientes físicos, conclui que a possibilidade de casamento entre não deficientes e deficientes é muito pequena. Acrescenta ainda que, enquanto os não deficientes tendem a ser cooperativos e compreensivos quando se trata da vida ocupacional, eles fecham os ouvidos às reivindicações de aceitação social e elegibilidade para o casamento dos deficientes.

A atitude aversiva manifestada pelas pessoas fisicamente normais diante da possibilidade de uma aproximação sexual, acaba por intimidar os deficientes físicos nesse sentido e suas relações, em muitos casos, são confinadas a um domínio platônico.

O risco de rejeição é sempre maior quando é sugerido algum tipo de relação mais íntima e a recusa é tomada, na maioria das vezes, como uma reação à deficiência em si. Os efeitos cumulativos de repetidas rejeições podem resultar em sérios prejuízos psicológicos, como rebaixamento do autoconceito e uma desfavorável percepção de sua imagem corporal (Hahn, 1981).

## AUTOCONCEITO E SEXUALIDADE

O nosso autoconceito está diretamente associado à imagem que outras pessoas têm a nosso respeito. No caso de indivíduos portadores de lesão medular, observa-se que os papéis de "normal" e "doente" decorrem não somente da lesão real mas também da conotação que essa lesão adquire no ambiente, que, por sua vez, irá influenciar o significado que a própria pessoa atribuirá à sua condição (Fonseca, 1985).

Magner e Singh (1975) apontam o baixo autoconceito dos deficientes físicos como uma das justificativas das dificuldades que estes encontram para aproximar-se de pessoas não deficientes. Na sua opinião, o rebaixamento do autoconceito seria decorrente de todas as condições que caracterizam a deficiência física. No portador de lesão medular, a perda do controle da bexiga e do intestino e a incapacidade para andar, causariam vergonha e sentimentos de inferioridade. O au-

mento de dependência e a alteração da imagem corporal são também reconhecidos por esses autores, como aspectos que contribuem para que a pessoa com lesão medular veja a si própria como destituída de valor.

A relação entre autoconceito e sexualidade da pessoa deficiente física tem sido explorada por alguns autores (Magner e Singh, 1975; Sandowski, 1976; Silver, 1975). No Brasil, Aloisi (1986) desenvolveu uma pesquisa tentando verificar a correlação entre o autoconceito de pessoas portadoras de deficiências físicas e o seu comportamento sexual. Os resultados mostraram, ao contrário do que era esperado, que os sujeitos tinham um autoconceito muito positivo e não pareciam enfrentar nenhum grande problema com relação à sexualidade. Como uma das hipóteses explicativas destes resultados a autora sugere a influência das expectativas sociais sobre o papel de homem e de mulher nas respostas dos sujeitos. Afirma Aloisi: "os sujeitos parecem estar respondendo muito mais em função de papéis de gênero do que da dicotomia 'deficiência física-não deficiência física'" (p. 137).

A questão do papel de gênero e da identidade de gênero é de fundamental importância nos estudos que enfocam o comportamento sexual. A identidade de gênero (o senso pessoal de ser homem ou mulher) tem sua origem em atitudes e experiências sexuais precoces. O papel de gênero, segundo Money e Ehrhardt (*apud* Masters, Johnson e Kolodny, 1982), "(...) é a expressão pública da identidade de gênero, ou seja, como o indivíduo viverá sua masculinidade ou feminilidade em situações sociais" (p. 7).

De acordo com Shiller (1981), após uma lesão na medula podem acontecer distorções na identidade de gênero e no papel de gênero. O primeiro destes processos estaria, na sua opinião, mais prejudicado em casos de uma deficiência congênita ou adquirida precocemente. Como a lesão medular tem uma maior incidência em idade mais avançada, quando a identidade de gênero já foi formada, será o papel de gênero que sofrerá conseqüências inquietantes em decorrência das limitações fisiológicas impostas pela lesão. A dificuldade em satisfazer as expectativas sociais relativas aos papéis sexuais pode levar, por exemplo, o paraplégico a sentir-se incapaz de atuar sexualmente "como um homem deve agir" e de aceitar por parte de sua parceira um comportamento mais ativo. Aloisi (1986) parece confirmar tal fato ao relatar que seus sujeitos homens, mais do que as mulheres, demonstravam uma maior preocupação com a satisfação da parceira, ocupando, assim, uma posição de elemento ativo no relacionamento sexual.

## ESTÁGIOS PSICOLÓGICOS DIANTE DA AQUISIÇÃO DE UMA DEFICIÊNCIA FÍSICA E A ABORDAGEM DA SEXUALIDADE

O reconhecimento dos problemas psicossociais pelos quais são confrontados os indivíduos portadores de lesão medular e a aquisição da consciência da dimensão social da sexualidade podem auxiliar o trabalho dos profissionais de reabilitação, especialmente o aconselhamento psicológico.

Esperar, no entanto, que o sujeito apreenda e saiba lidar satisfatoriamente com as diversas implicações de sua deficiência já nos primeiros períodos da reabilitação, é manter expectativas irrealísticas. DeLoach (1981) afirma que a utilização de mecanismos de defesa, tais como a negação ou a repressão, nos estágios iniciais, auxilia o indivíduo a suportar temporariamente o excessivo "stress" decorrente da aquisição da deficiência.

Abordagem da sexualidade, portanto, pode resultar infrutífera se sugerida precipitadamente. De acordo com Cummings (1979), o paciente que não consegue aceitar a deficiência não está pronto para discutir as modificações de sua sexualidade. Para o autor, a realidade da deficiência deve ser enfrentada antes de tudo, existindo, depois disso, um momento certo para a discussão da sexualidade, o qual não pode ser muito cedo pelo risco de torna-se sem sentido e, se muito tarde, pode acarretar conseqüências catastróficas nessa área do comportamento.

Vargo (1978), a exemplo do que Elizabeth Kubler-Ross (1981) faz com pacientes terminais, estabelece três estágios pelos quais passam as vítimas de deficiências traumáticas. O primeiro deles é o da negação, quando o indivíduo não está preparado para aceitar a realidade e as implicações de sua deficiência, utilizando-se, portanto, da negação como mecanismo de defesa. O segundo estágio, o luto, caracteriza-se pela hostilidade e pela depressão. Na fase da hostilidade torna-se difícil qualquer trabalho de reabilitação, pois, freqüentemente, sentimentos de revolta são dirigidos aos profissionais. Quando acontece dessa hostilidade dirigir-se para si, o paciente entra em depressão e passa a sentir-se desanimado, desvalorizado e, em geral, inadequado para lidar com o futuro. Finalmente, na terceira fase, classificada como de ajustamento, existe uma auto-aceitação por parte do sujeito e ele é capaz de lidar com os vários aspectos da deficiência.

Stewart e Rossier (1978) consideram a ansiedade e a depressão, além da crise de identidade, como fatores comuns à experiência de pessoas deficientes. Salientam, no entanto, que tais fatores são elementos comuns da condição humana e que a deficiência cria apenas uma diferença quantitativa com relação à intensidade dos problemas que o deficiente enfrenta, se comparada com a dos não deficientes. Essas três reações, na sua opinião, estão ligadas às situações de perda e à necessidade de reestruturação do modo de vida. No caso de pessoas que adquiriram uma deficiência física, a ansiedade e a depressão podem decorrer do sentimento de desamparo diante da perda das funções de partes do corpo e a crise de identidade reflete o esforço do indivíduo em integrar, na sua personalidade, novas realidades potencialmente ameaçadoras.

Tucker (1980) vê a depressão como um estágio do processo de ajustamento psicológico pelo qual passa, normalmente, o portador de lesão medular. Tal reação torna-se essencialmente crítica neste tipo de deficiência devido às múltiplas e simultâneas perdas — de mobilidade, virilidade, controle de algumas funções biológicas — além da ameaça em termos de posição social, trabalho e relações amorosas.

Diante das colocações acima, parece justificar-se a precaução quanto ao momento adequado para o enfoque da sexualidade na reabilitação de pessoas com lesão medular. Não se quer dizer com isso que não surjam desde o início

preocupações referentes ao comportamento sexual, mas que sentimentos mais emergentes como a ansiedade, a depressão e certos mecanismos de defesa, impossibilitam uma atuação mais efetiva nessa área durante os primeiros estágios de uma deficiência adquirida.

No momento em que o indivíduo reconhece a sua deficiência e começa a explorar as implicações de sua condição sobre seu modo de vida, abre-se um espaço para intervenções mais efetivas quanto à sexualidade.

É nessa fase que, segundo DeLoach (1981), o paciente começará a procurar os profissionais ou outros deficientes que possam assisti-lo no desenvolvimento de estratégias para a manipulação das dificuldades a serem enfrentadas.

## CONCLUSÃO

Ao final dessa discussão, conclui-se que a forma como nos percebemos, enquanto pessoa sexualizada, pode ser resultado, pelo menos em parte, do quanto correspondemos às expectativas sociais com relação ao papel sexual. O homem portador de lesão medular, por exemplo, pode não sentir-se "digno" de um relacionamento sexual, devido à impossibilidade de preencher alguns requisitos sociais, como ter o corpo perfeito ou assumir o papel mais ativo no ato sexual.

O fato do deficiente físico, na maioria das vezes, não satisfazer as exigências sociais quanto ao desempenho sexual, não significa, porém, que as conseqüências sejam as mesmas para todos. É no arranjo individual, no significado particular que assume as pressões sociais que se deve configurar o objeto da reabilitação psicológica.

Além da importância de tais considerações para a efetividade do trabalho do psicólogo voltado para a sexualidade de pessoas portadoras de lesão medular, deve-se estar atento para o momento propício à abordagem do problema. Nos primeiros estágios de uma deficiência física adquirida, o paciente está prioritariamente envolvido com as perdas físicas e seus maiores investimentos deverão estar dirigidos aos serviços de reabilitação física. Podem estar presentes também, nessa fase, uma série de reações emocionais e mecanismos de defesa que dificultam um trabalho de discussão sobre as reais possibilidades sexuais do sujeito. Somente a partir do reconhecimento da deficiência e de suas implicações é que o atendimento psicológico começará a fazer sentido para o paciente.

## BIBLIOGRAFIA

- ALOISI, Helda M. — *Auto-Conceito e Sexualidade na Opinião de Pessoas Portadoras de Deficiência Física*. Dissertação de Mestrado apresentada na PUC de Campinas, 1986.
- BOLLER, F. and FRANK, E. — *Sexual Dysfunction in Neurological Disorders: Diagnosis, Management and Rehabilitation*. New York: Raven Press, 1982.
- CUMMINGS, V. — The Role of the Psychiatrist in Managing the Sexual Problems of Disabled Patients. *Sexuality & Disability*, 1979, vol. 2 (1), 5-7.
- DELOACH, C. — *Adjustment to Severe Physical Disability: A Metamorphosis*. New York: McGraw-Hill Book Company, 1981.

- FONSECA, A. — O Papel do Psicólogo na Reabilitação. *Psicologia, Teoria e Pesquisa*, 1985, vol. 1 (1), 59–64.
- GEIGER, R. — Neurophysiology of Sexual Response in Spinal Cord Injury. *Sexuality & Disability*, 1979, vol. 2 (4), 257–266.
- GOFFMAN, E. — *Estigma*. Rio de Janeiro: Zahar Editores, 1982.
- HAHN, H. — The Social Component of Sexuality and Disability: Some Problems and Proposals. *Sexuality & Disability*, 1981, vol. 4 (4), 220 – 233.
- HIGGINS, G. — Sexual Response in Spinal Cord Injured Adults: a Review of the Literature. *Archives of Sexual Behavior*, 1979, vol. 8 (2), 173–196.
- KAPLAN, H. — *A Nova Terapia do Sexo*. Rio de Janeiro: Editora Nova Fronteira, 1977.
- KUBLER-ROSS, E. — *Sobre a Morte e o Morrer*. São Paulo: Editora Martins Fontes, 1981.
- MAGNER, T. & SINGH, S. — Sex and Self: the Spinal Cord Injured. *Rehabilitation Literature*, 1975, vol. 36 (1), 2–10.
- MASTERS, W.H. , JOHNSON, V.E., KOLODNY, R.C. — *Human Sexuality*. Boston: Little, Brown and Company, 1982.
- RIBAS, J.C. — *O Que são Pessoas Deficientes*. Coleção Primeiros Passos. São Paulo: Editora Brasileira, 1983.
- SAFILIOS-ROTHSCHILD — Multidisciplinary Approach to Sex Education of Spinal Cord Injured Patients. *Physical Therapy*, 1970, vol. 56 (5), 541–545.
- SANDOWSKY, C. — Sexuality and the Paraplegia. *Rehabilitation Literature*, 1976, vol.37, 11–15.
- SHILLER, P. — *The Sex Profession — What Sex Therapy Can Do*. Washington: Chilmark House, 1981.
- SILVER, J.R. — Sexual Problems in Disorders of Nervous System. *British Medical Journal*, 1975, vol. 3, 532–534.
- STEWART, T. & ROSSIER, A. — Psychological Considerations in the Adjustment to Spinal Cord Injury. *Rehabilitation Literature*, 1978, vol. 39 (3), 75–80.
- THORN-GRAY, B. & KERN, L. — Sexual Dysfunction Associated with Physical Disability: a Treatment Guide for the Rehabilitation Practitioner. *Rehabilitation Literature*, 1983, vol. 44 (5–6), 138–144.
- TUCKER, S. — The Psychology of Spinal Cord Injury: Patient–Staff Interaction. *Rehabilitation Literature*, 1980, vol.41 (5–6), 114–121.
- VARGO, J.W. — Some Psychological Effects of Physical Disability. *American Journal of Occupational Therapy*, 1978, vol. 32 (1), 31–34.