MITOS SOBRE A SEXUALIDADE DO LESADO MEDULAR

Maria Inês Gandolfo Conceição¹
Maurício Corte Real da Silva²

Resumo: Neste artigo, trata-se de desvendar o que há de fato e o que há de mito nas credências em torno da sexualidade do deficiente físico, em especial, da pessoa com lesão medular. São discutidas crenças errôneas de domínio popular de que o deficiente físico é um ser assexuado, que não possui atributos físicos, que não pode ter ereção, que não sente prazer e que não pode reproduzir. Conclui-se que, embora a disfunção sexual do lesado medular venha recebendo atenção crescente por parte de profissionais da área de reabilitação, os aspectos fisiológicos e médicos da disfunção sexual têm sido enfatizados em detrimento dos aspectos emocionais da sexualidade que, por sua vez, têm se revelado muito mais determinantes que os fatores físicos na satisfação sexual e na qualidade dos relacionamentos entre parceiros. Em suma, o texto enfatiza que a deficiência em si não constitui um empecilho para a obtenção de gratificações com a vida sexual.

Palavras-chave: Sexualidade; Lesão medular; Deficiência física.

Abstract: This paper aims to unveil what are the facts and the myths in the absurd belief that rounds the sexuality of disable people, especially of people with spinal cord injury. Wrongs believes of popular dominium which states that physically disable person are asexual, are not physically attractive, can't hold an erection, can't feel pleasure and can't reproduce, are discussed. It's concluded that, even the sexual dysfunction of spinal cord injury person are receiving increasingly attention by professionals of rehabilitation area,

1 Doutora em Psicologia e Professor Adjunto da Universidade de Brasília – inesgand@unb.br

2 Mestre em Educação Física e Professor de Educação Física da Rede Sarah de Hospitais do Aparelho Locomotor – Sarah Brasília – mauricio.corte@uol.com.br

physiological and medical aspects of the sexual dysfunction are been emphasized in detriment to emotional aspects of the sexuality which, in the other hand, have been revealed much more relevant than physical factors on sexual satisfaction and in the quality of the relationships between the partners. Summarizing, the text emphasized that the disability per se doesn't constituted an impediment to the obtainment of rewards with sexual life.

Keywords: Sexuality; Spinal cord injury; Physical disability.

“Em princípio, ninguém é tão deficiente a ponto de não ter prazer com o sexo”.

Alex Comfort

Se entre a população em geral o assunto “sexo” ainda é revestido de tabus e preconceitos, o que não dirá quando o tema é a sexualidade do deficiente físico! Este assunto é ainda mais enigmático porque o interesse pelo estudo do comportamento sexual do paraplégico e tetraplégico sempre esteve relegado a um segundo plano. O tema só passou a ser interesse de estudo no meio científico quando se começou a pensar na integração do deficiente físico e na exploração de seu potencial residual, o que ocorreu com maior ímpeto a partir do Ano Internacional da Pessoa Deficiente, estabelecido pela ONU em 1981.

Analisando-se o histórico da lesão medular, tal realidade torna-se compreensível, uma vez que, somente a partir dos anos 40 é que a lesão medular deixou, de fato, de ser uma doença terminal (Maddox, 1990). Antes disso, as vítimas de lesão medular morriam nas duas primeiras semanas após a lesão. Graças aos avanços na farmacologia e nas técnicas de terapia respiratória e de ressuscitação cardiopulmonar – mas principalmente com o surgimento de antibióticos específicos e de amplo espectro, os padrões de sobrevivência e de longevidade de paraplégicos e tetraplégicos se transformaram (Hammell, 1995).

É provável que esta longa fase durante a qual a lesão medular permaneceu associada a uma sentença de morte tenha sido responsável pela herança cultural que associa a lesão medular a uma “involução” (ou seja, ao processo contrário à evolução), enfim, a uma catástrofe. Inúmeros são os adjetivos dirigidos a essa população que expressam tal conceito cultural, qualificativos

como: inválidos, paralíticos, impotentes, carentes, aleijados, dependentes, submissos, quietos, doentes (Guttman, 1981). Estas noções consolidaram atitudes nas quais a estes indivíduos não lhes era permitida nenhuma iniciativa, nenhuma competência, nenhuma expressão de desejo.

Felizmente, as coisas vêm mudando, vagarosamente, mas de forma significativa. Nos dias de hoje tem sido crescente o interesse voltado para a promoção de uma melhor qualidade de vida do portador de lesão medular. Isto se deu graças aos avanços científicos e tecnológicos, mas foi, sobretudo, uma conquista de direitos a partir de uma grande mobilização política dos interessados, ou seja, dos próprios deficientes físicos. Tal movimento iniciou-se nos Estados Unidos com manifestações de veteranos de guerra com seqüelas físicas e foi o primeiro passo para iniciar a ruptura da visão refletida naqueles sinônimos anteriormente citados (Diaz, 1995; Guttman, 1981).

Se a imagem do deficiente físico era associada a tantos qualificativos depreciativos, a expressão de sua sexualidade não poderia ser outra senão de acordo com os mesmos atributos (impotentes, doentes, inválidos, quietos, dependentes, submissos). Derivam-se daí, as diferentes crenças errôneas às quais nos referiremos como “mitos” criados em torno da sexualidade da pessoa com lesão medular. Dentre estes mitos, os mais comuns são:

- o deficiente físico é um ser assexuado;
- o deficiente físico não pode ter ereção;
- o deficiente físico não pode ter orgasmo;
- o deficiente físico não pode ter filhos;
- o deficiente físico não possui atrativos sexuais.

Mas o que há de fato e o que há de mito nessas afirmações? É fato que as seqüelas de uma lesão medular não se restringem ao sistema locomotor. Além de acometer as funções deste, a lesão medular costuma provocar mudanças também no funcionamento de outros sistemas do corpo humano (nervoso, circulatório, respiratório, digestivo, excretor e reprodutor).

Sabemos que os aspectos principais requeridos na resposta sexual envolvem a integridade do órgão sexual, o sistema endócrino, o sistema circulatório, o sistema nervoso e os aspectos psicológicos (Maior, 1988). A lesão medular, por ser um dano no sistema nervoso, pode, portanto, alterar a resposta sexual. Veremos de que forma isso ocorre ao analisar brevemente cada um dos mitos anteriormente citados, tratando de desvendar suas falácias.

O deficiente físico é um ser assexuado

Muito sábia e audaciosamente para a sua época, Sigmund Freud postulou que a sexualidade humana estava presente na vida da pessoa desde o momento em que ela nasce até o dia em que ela morre. Freud foi muito polemizado e criticado principalmente por ter chocado a sociedade de sua época, ao afirmar que os ingênuos bebês já possuíam um “quantum” de energia sexual. Em outras palavras, Freud postulou, muito oportunamente, que todos os seres humanos possuem sexualidade e a maneira pela qual cada um a vive é uma opção pessoal, muito embora, na maioria das vezes a escolha do objeto de desejo não seja ditado pelo consciente. Assim, por exemplo, um indivíduo pode optar por não ter uma vida sexualmente ativa. Sua escolha estaria provavelmente escamoteando sua dificuldade em fazer frente a situações que lhe geram ansiedade, medo e frustração.

Transpondo esta discussão para os deficientes físicos, o que está muito claro é que, qualquer que venha a ser a perda física sofrida por uma pessoa, esta perda poderá abalar sua imagem corporal mas não a sua identidade sexual. Não há dúvida de que, quando uma pessoa sofre uma lesão medular, nem por isto ela passa a acreditar que deixou de ser homem ou mulher e muito menos deixa de sentir atração e desejo sexual pelo seu objeto de escolha.

Cabe aqui fazer uma distinção entre os conceitos sexualidade, função sexual e ato sexual. A sexualidade é muito mais do que os aspectos anatômicos e funcionais dos órgãos reprodutores envolvidos na resposta sexual humana. Esta abrange a pessoa como um todo, ou seja, envolve o seu corpo inteiro, sua maneira de ser, de interagir, de se comunicar.

A sexualidade humana costuma estar associada a três funções básicas: a procriação, o prazer e a comunicação. Apesar de a lesão acarretar alterações na resposta sexual, nenhum destes três aspectos da sexualidade tem necessariamente que ser excluído da vida da pessoa que sofreu uma lesão medular.

Por sua vez, o ato sexual consiste na execução das sucessivas etapas que abrangem a resposta sexual humana e que, didaticamente, são subdivididas em ereção, emissão, ejaculação e orgasmo (Maior, 1989).

O deficiente físico não pode ter ereção

Por ser a ereção uma das etapas do ato sexual, faz-se necessária uma breve explanação sobre as diferentes etapas da resposta sexual. Para compreender

o que ocorre após uma lesão, precisamos conhecer as etapas da resposta sexual e sua localização medular.

RESPOSTA SEXUAL MASCULINA

1ª Etapa:

Ereção – acontece em conseqüência do estado de intumescência do órgão sexual masculino, ou seja, quando ocorre a vasodilatação do pênis e os corpos esponjosos e cavernosos são fortemente irrigados durante uma excitação ou estimulação, aumentando o volume do órgão e provocando seu estado erétil. A ereção pode ocorrer de duas formas básicas:

Ereção Psicogênica: este tipo de ereção ocorre quando um estímulo excitante é apresentado aos órgãos do sentido ou imaginado. A área responsável por esta ereção está localizada entre os segmentos medulares T11 e L2. Se a lesão for acima deste nível, a mensagem vinda do cérebro pode não passar através da área lesada na medula, como acontecia antes da lesão (Maior, 1988).

Ereção Reflexa: este tipo de ereção é resultado da estimulação direta do pênis ou de áreas adjacentes a ele. A área responsável por este tipo de ereção está localizada nos níveis medulares S2-S3-S4. Então, se a lesão for acima de T11, na maioria das vezes, a ereção do tipo reflexa estará preservada. Em suma, lesões acima de T11/T12, a ereção do tipo reflexa fica preservada e, em lesões abaixo do nível T11/T12, fica preservada a ereção do tipo psicogênica (Maior, 1988).

Ainda que, por ventura uma lesão venha a abalar seriamente a função erétil, existem diversas drogas vasoativas que produzem a ereção peniana necessária à penetração, e que podem ser prescritas pelo urologista, como por exemplo: fenoxibenzamine, papaverina, papaverina fentolamina e prostaglandina (Ducharme, 2000).

Além destas drogas vasoativas, existem também as próteses penianas internas e externas que simulam uma ereção.

Nas últimas décadas, os avanços tecnológicos foram os responsáveis pela garantia da sobrevivência, pela ampliação na sobrevida e pela melhora na qualidade de vida dos portadores de lesão medular e, no que tange à sexualidade, uma vez mais, a tecnologia é também uma grande aliada, visto que proporciona alternativas seguras de minimizar as seqüelas que abalam a resposta sexual do lesado medular.

2ª Etapa:

Emissão – é a saída do líquido seminal das vesículas seminais, próstata, canal deferente e colo vesical para dentro da uretra posterior. A área responsável está localizada entre T11 e L2 (Maior, 1988).

3ª Etapa:

Ejaculação – significa a saída do líquido seminal através da uretra para o meio externo. A área responsável está localizada nos segmentos medulares S2-S3-S4. Na fase de choque medular, ou seja, na fase aguda da lesão, há ausência de ereção peniana e de ejaculação. Após esta fase, observa-se o retorno da ereção, seja ela reflexa e/ou psicogênica, dependendo do nível de lesão medular.

A ejaculação também pode sofrer alterações após a lesão medular. Geralmente, durante a ejaculação o pênis envia para fora do organismo o líquido seminal produzido. Em algumas pessoas portadoras de lesão medular pode haver uma dificuldade para eliminar o líquido e ele pode voltar para a bexiga. Este fato é chamado de **ejaculação retrógrada** (Maior, 1988; Lianza, 1985). Tal fato não acarreta nenhum transtorno orgânico ao sistema urinário ou ao organismo. Atualmente existem diversas técnicas para se produzir uma ejaculação desejada com fins de fertilização às quais se pode recorrer com a devida orientação médica: injeção intratecal de neostimina, administração subcutânea de fisiotigmina, eletroestimulação transretal e técnica de eletrovibração.

RESPOSTA SEXUAL FEMININA

A resposta sexual feminina tem sido menos estudada do que a masculina, o que se aplica igualmente ao estudo da sexualidade da portadora de lesão medular. Porém, sabe-se que, a única alteração na resposta sexual mais provável de acontecer após uma lesão medular é na lubrificação. De modo similar à ereção masculina, a lubrificação pode ser **psicogênica** – ou seja, provocada por estímulos indiretos, tais como, lembranças, fantasias, imagens, dentre outros – e **reflexa** – ou seja, provocada por estímulos diretos de contato na região genital. Existem dois centros medulares responsáveis pelo processo de lubrificação vaginal: o centro da lubrificação psicogênica está localizado entre os segmentos medulares T11 e L2 e o centro da lubrificação reflexa encontra-se entre S2 e S4 (Lianza, 1985).

Nas mulheres, após uma lesão medular podem ocorrer alterações na resposta de lubrificação, tornando-a insuficiente para a penetração e podendo ocasionar lesões com o atrito. Para tais casos recomenda-se a utilização de gel lubrificante solúvel em água.

O deficiente físico não pode ter orgasmo

A maioria das pessoas confunde a ejaculação com o orgasmo por serem eventos que ocorrem concomitantemente, embora os centros responsáveis por cada um deles estejam localizados em sítios diametralmente opostos. O centro responsável pela ejaculação é medular e encontra-se nos segmentos S2-S3-S4 e o centro responsável pela resposta de prazer é encefálica, especificamente na região hipotalâmica. Se a lesão ocorreu na medula e não no cérebro, podemos supor, portanto, que a evocação de respostas de prazer encontra-se totalmente preservada! Porém, a nova via de acesso às respostas de orgasmo é ainda um mistério e um desafio não apenas para aqueles que perderam a conexão pela via medular, mas também para os estudiosos de neurociências e para todos aqueles que procuram potencializar suas sensações de prazer. Muitos são os portadores de lesão medular que descobriram o “caminho das pedras” depois que se permitiram viver experiências sexuais após a lesão. Sabe-se, por outro lado, que a cultura oriental desenvolve experiências nas quais as sensações de prazer sexual e orgasmo são evocadas sem qualquer tipo de contato direto ou por outras vias erotizadas por condicionamento!

Embora as pessoas que sofreram uma lesão na medula possam não mais sentir prazer com a estimulação de partes do corpo abaixo do nível da lesão, outras áreas, porém, que não eram normalmente reconhecidas como áreas erógenas, podem ser estimuladas e provocar respostas sexuais. Algumas pessoas com lesão medular referem sensações prazerosas na superfície da pele que envolve o nível neurológico da lesão (Ducharme, 2000).

É interessante constatar no relato de várias pessoas que sofreram uma lesão medular e que mantiveram uma vida sexualmente ativa após a mesma que, do ponto de vista qualitativo, seus relacionamentos amorosos melhoraram muito. Elas justificam que estas mudanças ocorreram graças a uma mudança na visão e na vivência da sexualidade. Afirmam que, após a lesão, foi inevitável o diálogo com o parceira ou a parceiro, o ritual de preparação para o ato sexual passou a ser mais prolongado e cuidadoso, as carícias preliminares foram mais valorizadas, a satisfação de ambas as partes mais

assegurada e a proximidade afetiva mais estreita. Pode parecer inacreditável, mas um estudo com esposas de casais cujos maridos sofreram lesão medular mostrou que aproximadamente a metade delas revelaram sentir maior satisfação no relacionamento e nas experiências sexuais ocorridas após a lesão medular (Kreuter, Sullivan, Siosteen, 1994).

Alguns estudos têm apontado que não existe diferença significativa em relação à satisfação com a vida sexual quando comparados grupos de pessoas com lesão medular e grupo de pessoas da população em geral (Kreuter e col., 1994 a e b). Do ponto de vista dos parceiros, sentimentos de intimidade, interesses recíprocos e desejos de se engajar em uma variedade de atividades sexuais parecem ser mais importantes para a satisfação sexual do que os aspectos fisiológicos da sexualidade (Kreuter e col., 1994b).

E se nos indagássemos sobre qual é o maior órgão sexual humano? Pois bem, o maior órgão sexual humano é de certo a pele. Nela encontram-se a maior quantidade de receptores sensitivos de que dispomos em nosso organismo. A este propósito, reponta-me aqui a lembrança do relato marcante de um paciente que sofrera uma lesão medular e que disse: “Antes da lesão eu tinha um pênis e me divertia com ele. Agora, descobri que “eu” sou um pênis”.

O deficiente físico não pode ter filhos

Nos homens, os espermatozoides produzidos pelo corpo não deixam de existir após uma lesão medular, porém, a quantidade deles pode estar alterada, de acordo com o grau e o nível da lesão, podendo ou não dificultar a reprodução. A ejaculação retrógrada, as constantes infecções do trato urinário e a alteração da temperatura testicular são condições que contribuem para a infertilidade (Ducharme, 2000). Porém, existem atualmente recursos específicos que podem melhorar não somente a qualidade e o tempo de ereção, como também, há técnicas de indução de ejaculação, englobando até mesmo a inseminação artificial.

As mulheres com lesão medular, por outro lado, não sofrem alterações no aparelho reprodutor que comprometam sua fertilidade, ou seja, elas continuam capazes de engravidar. Além disto, na maioria dos casos, estas mulheres são capazes de conceber, conduzir a gestação a termo, entrar em trabalho de parto e dar a luz por via vaginal.

O deficiente físico não possui atrativos sexuais

Os padrões estéticos de nossa sociedade que regem e ditam o que é belo e o que é feio são muito perversos e rigorosos. A busca obsessiva pelo padrão estético perfeito é a doença narcísica do século e suas vítimas se concentram em maior número nas academias de ginástica onde dedicam longas horas de malhação e nas clínicas de cirurgia estética. Ser escravo destes ditames é estar cego às suas mensagens subliminares, quais sejam: *“neste mundo não há lugar para o que é diferente; as pessoas perdem seu valor quando envelhecem; ser bonito, magro e musculoso significa ser feliz, gostoso e poderoso”*.

Quem tem um mínimo de senso crítico e não é escravo desta ditadura consegue viver de bem com sua imagem corporal e com sua auto-estima, vive bem seu *“sex appeal”*, incrementa seu repertório sexual de acordo com o seu desejo e o desejo do outro, consegue enxergar o belo no diferente, sabe apreciar o charme na postura de quem está de bem consigo mesmo e de bem com a vida. Para isto, obviamente, um pouco de vaidade não vai mal. Alguém que não tem o menor cuidado com sua aparência física e que não faz questão de estar sequer aseado, dificilmente poderá despertar algum tipo de interesse de outra pessoa. Isto vale para todos, deficientes explícitos ou implícitos, gordos ou magros, altos ou baixos.

Hoje, a beleza e a sensualidade do lesado medular têm sido exploradas pela mídia. Alguns filmes – como por exemplo, “Carne Tremula” do diretor Almodóvar – usam protagonistas em cadeira de rodas com indubitáveis atributos atrativos. Vários exemplos poderiam ser aqui lembrados: nos Estados Unidos há poucos anos, a revista *Playboy* publicou ensaios fotográficos belíssimos de uma mulher tetraplégica. Na verdade, uma lesão medular não tem a peculiaridade de tornar sua vítima nem mais nem menos atraente.

Embora tenhamos nos empenhado em evidenciar a improcedência de várias das crenças associadas à pessoa portadora de deficiência física, lamentavelmente o desconhecimento da população em geral sobre o aspectos falaciosos de tais crenças produzidas pelo senso comum leva a atitudes que contribuem para a construção e o fortalecimento do estigma do deficiente físico.

Por sua vez, embora a disfunção sexual do lesado medular venha recebendo atenção crescente por parte dos profissionais da área de reabilitação, os estudos apontam que os aspectos fisiológicos e médicos da disfunção sexual são enfatizados ante a exclusão dos aspectos emocionais da sexualidade (Alexander, 1991). Tais atitudes, portanto, contrariam os resultados dos

estudos que mostram que os fatores psicossociais são mais importantes que os fatores físicos na satisfação com a vida sexual e na qualidade dos relacionamentos (Kreuter e col., 1996).

Não resta dúvida de que o desconhecimento, a desinformação e o preconceito são os principais patrocinadores das visões negativas associadas à imagem e à sexualidade do deficiente físico. Porém, concordamos com Alex Comfort – autor da epígrafe deste texto – em que não está na deficiência física o pretexto para não se obter prazer com o sexo.

Referências bibliográficas

ALEXANDER, C. J. *Psychological assessment and treatment of sexual dysfunctions following spinal cord injury*. Journal of the American Paraplegia Society; v. 3, n. 14, jul., p. 127-131, 1991.

DIAZ, A. L. A. *História de las Deficiencias*. Madrid: Escuela Libre Editorial, 1995.

DUCHARME, S. *The Rehabilitation of People with Spinal Cord Injury*. Boston: Blackwell Science Publishers, 2000.

GUTTMAN, S. L. *Lesionados medulares: tratamiento global e investigación*. Barcelona: Editorial JIMS, 1981.

HAMMELL, K. W. *Spinal Cord Injury Rehabilitation*. USA: Chapman & Hall, 1995.

KREUTER, M.; SULLIVAN, M.; SIOSTEEN, A. *Sexual adjustment and quality of relationship in spinal paraplegia: a controlled study*. Archives of Physical and Medical Rehabilitation. v. 6, n. 77, p. 541-548, 1996.

_____. *Sexual adjustment after spinal cord injury-comparison of partner experiences in pre – and postinjury relationships*. Paraplegia. v. 11, n. 32, nov., p 759-770, 1994a.

_____. *Sexual adjustment after spinal cord injury (SCI) focusing on partner experiences*. Paraplegia. v. 4, n 32, p. 225-35, 1994b.

LIANZA, S. *Medicina de Reabilitação*. Rio de Janeiro: Ed. Guanabara Koogan, 1985.

MADDOX, S. *Spinal Network*. Colorado: Library of Congress Cataloguing in Publication Data, 1990.

MAIOR, I. M. L. *Reabilitação Sexual do Paraplégico e Tetrapégico*. Rio de Janeiro: Ed Revinter, 1988.