

## **Vozes do silêncio: os sentidos do discurso de/sobre sexualidade de mulheres paraplégicas**

*Maria do Socorro Correia Lima*

Doutora em Linguística Aplicada pela Universidade Estadual de Campinas

### **Resumo**

Baseado nos pressupostos teórico-metodológicos da Análise de Discurso Francesa, este trabalho visa a investigar os depoimentos de mulheres paraplégicas que residem no Distrito Federal (DF), tendo por base seus discursos sobre sexualidade, corpo e deficiência. O debate propiciou-me verificar que quando afetadas pela malha discursiva do outro é que essas mulheres constroem suas representações sobre sexualidade, corpo e deficiência.

**Palavras-Chave:** Sexualidade; Corpo; Paraplegia.

### **Abstract**

Anchored to the theoretical basis of the French Discourse Analysis (AD), this work aims to investigate the depositions from some paraplegic women residing in Distrito Federal (DF), based on their discourse on sexuality, body and disability. The data analysis allowed me to verify that when affected by the discourse of others these women build their concepts of/about sexuality, body and disability.

**Keywords:** Sexuality; Body; Paraplegia.

**Introdução**

**P**ara além de compreender e aprender a controlar ou *reparar* as mudanças fisiológicas sofridas na esfera sexual é necessário levar em conta os movimentos discursivos sobre sexualidade, corpo e deficiência a/enunciados pela mulher paraplégica. Ciente do estado atual em que se encontra o conhecimento produzido e veiculado na área da sexualidade do/a lesado/a medular, o qual se tem limitado ao campo subjetivo das especulações e do imaginário, procuro um conjunto de informações concernentes à esfera sexual, com o intuito de dirimir a visão desarticulada que tanto a sociedade como os/as *deficientes* têm da sexualidade.

Seguir esses discursos requer seguir algumas pistas deixadas pelo sujeito enunciatador, vislumbrar novas trilhas e escolher outras vias, pois os caminhos do dizer estão em contínua construção.

Reconhecer isso é perceber que os vestígios devem ser seriamente seguidos, para quem sabe, perseguindo suas pegadas, darmos de cara com ele e, assim, descobrir sua face real. Onde, quando e como falam as paraplégicas e como reagem aqueles/as que as escutam? Saber as representações da *fala* de algumas paraplégicas parece-me o começo de um trajeto que pode conduzir a interpretações menos estigmatizadas do discurso da mulher paraplégica sobre sua sexualidade.

Falar a respeito da sexualidade de pessoas com *deficiência* e, mais precisamente, da mulher paraplégica é uma tarefa comparada ao caminhar sobre um tapete de ouriços, haja vista que os discursos produzidos no transcorrer da história internalizaram (pre)conceitos e valores – barreiras difíceis de serem transpostas – pois propiciam categorias de pensamento que não se podem modificar de uma hora para outra.

O ponto de vista apresentado aqui defende a idéia de que muitos/as deficientes enfrentam, sim, problemas na esfera sexual, que não são os mesmos enfrentados por pessoas ditas *normais*. Daí não ser possível restringir as dificuldades apenas aos homens e às mulheres deficientes. Há

outras incapacidades não-físicas que podem vir a afetar, temporária ou permanentemente, a sexualidade de cada um/a.

No passado, conforme aponta Salimene (1995), o reconhecimento da sexualidade como um dos elementos reforçadores de expressão da existência do homem e da mulher e também como um dos itens que pode significar qualidade de vida foi tratado com certo desdém por parte das ciências biomédicas.

Pelo seu pioneirismo no âmbito da pesquisa, o trabalho de Maior (1988) ainda é relevante pelos esclarecimentos que fornece na reabilitação sexual do paraplégico e tetraplégico, apesar de decorridos quase vinte anos de sua publicação. Há, ainda, uma lacuna considerável no que concerne às pesquisas desenvolvidas que congregam sexualidade e deficiência. Falar a respeito da sexualidade, tanto do homem quanto da mulher implica, necessariamente, adentrar em um tema delicado permeado por mitos, tabus e preconceitos.

Mais recentemente, o trabalho de Moukarzel (2003) sobre sexualidade e deficiência busca, em seus pressupostos teóricos e em suas reflexões, analisar as concepções sobre sexualidade, predominantes na educação sexual de pessoas com deficiência, através do discurso de professores, familiares e alunos caracterizados como deficientes. Existem também trabalhos que discutem a sexualidade do deficiente mental. (Dall'alba, 1992; Dias et al, 1995; Ribeiro, 2001; Vasconcelos, 1996). No entanto, é relevante salientar que ainda são escassas, no Brasil, pesquisas que exploram a sexualidade de pessoas com deficiência.

A falta de informação acerca da sexualidade da mulher paraplégica leva-me a enveredar por um caminho mediado por reflexões e incertezas incluindo, pois, mitos, tabus, discriminações, preconceitos e curiosidades.

Apoiado nos pressupostos teórico-metodológicos da Análise de Discurso Francesa, este estudo visa a investigar os depoimentos de algumas mulheres paraplégicas que residem no Distrito Federal (doravante DF), tendo por base seus discursos sobre sexualidade, corpo e deficiência.

**Rotas metodológicas**

Participaram desta pesquisa, de cunho etnográfico, dez paraplégicas residentes no DF, com idades entre 25 e 45 anos, oriundas de camadas econômicas populares. Os depoimentos foram coletados por meio de entrevistas semi-estruturadas. As respostas foram gravadas em áudio e posteriormente transcritas e analisadas.

Cabe-me evocar que para a elaboração deste estudo, analisarei alguns recortes das entrevistas gravadas e transcritas de apenas cinco mulheres paraplégicas que, de certa forma, ajudam a compreender o cenário da diversidade que norteia tanto a sexualidade quanto a deficiência. As observações e anotações realizadas em campo são utilizadas somente como suportes secundários de informação.

Durante a realização das entrevistas com as paraplégicas foram enfrentadas muitas dificuldades, pois como não havia um local exclusivo para este fim, elas foram realizadas nas casas das próprias entrevistadas, em seus locais de trabalho, ou ainda, em um centro de treinamento de educação física.

Inicialmente houve certa apreensão por parte das entrevistadas em conceder-me os depoimentos sobre alguns aspectos que repercutem em sua sexualidade, pelo fato de que inevitavelmente estaria avançando em uma trilha que me levaria à intimidade destas mulheres.

Apesar de as questões enfocarem a esfera da sexualidade, outros temas como deficiência, discriminação, inclusão social e normalidade também foram focalizadas durante a entrevista com todas as participantes do estudo.

A transcrição das respostas gravadas em áudio permitiu verificar a presença de ressonâncias discursivas (ao longo da entrevista, o discurso sobre determinado tema é enunciado de diferentes modos) nas respostas das paraplégicas, sobretudo, no que respeita às questões concernentes à sexualidade e à deficiência. Ressonâncias atreladas ao corpo, à exclusão

social e ao preconceito das pessoas ditas *normais* também tiveram lugar nos movimentos discursivos das paraplégicas.

### Pressupostos teórico-metodológicos do estudo

As discussões serão ancoradas por meio dos conceitos de memória discursiva, interdiscurso e formações discursivas. O debate propiciará corroborar que tecidas pela malha discursiva de si e do (a) outro (a) é que as mulheres paraplégicas constroem suas representações de sexualidade, de deficiência, de exclusão social e de normalidade.

Não é minha intenção fazer aqui um exaustivo histórico de todos os conceitos que permeiam a Análise de Discurso Francesa. Nas breves linhas que constituirão esse texto, recortarei alguns dos princípios e noções que irão compor o referencial teórico para dar andamento à análise do *corpus*.

A Análise do Discurso (doravante AD) é um campo de conhecimento que surgiu na década de 60 com a finalidade de problematizar a relação do sujeito com o sentido, ou seja, da língua com a história. Assim, a AD se constitui em um quadro epistemológico próprio que reside na articulação de três regiões contraditórias do conhecimento científico: 1. o *materialismo histórico*, como teoria das ideologias; 2. a *lingüística*, compreendida aí a teoria da sintaxe e da enunciação; 3. a *teoria do discurso*, como a teoria da determinação histórica dos processos de significação. Essas três regiões do conhecimento científico são atravessadas e articuladas por uma teoria da subjetividade de natureza psicanalítica. (cf. Pêcheux e Fuchs, 1975).

Essas três regiões do conhecimento científico representam uma posição crítica tomada a partir da década de 60 que vem colocar em suspenso não apenas a noção de leitura e de interpretação, mas também visa a desestabilizar a relação do sujeito com o sentido (Orlandi, 1999). Deste ponto de vista, sendo o seu objeto o discurso, a AD tem como objetivo criar uma desestabilização dos sentidos, dando abertura para a possibilidade de multifacetadas significações que constituem as sociedades e os sujeitos na história. Significações buscadas na exterioridade, material e ideológica, e não no interior dos textos nem das palavras. Em uma palavra: a

exterioridade a que me refiro – que é histórica – não se encontra aquém dos textos, fora dele ou é considerada como algo complementar; na filiação da AD a história é constitutiva, o texto é materialidade histórica na qual o sujeito e sentido se constituem reciprocamente. Dessa forma é possível compreender como uma matéria textual produz sentidos, sempre considerando que o sentido se dá em sua relação constitutiva com a estrutura e o acontecimento.

Como o próprio nome induz o objeto de estudo da AD é o discurso e a sua unidade de análise é o texto. Este se apresenta ao analista enquanto material concreto do discurso. Ao pensá-lo em sua materialidade (forma, marca e vestígios), o analista é capaz de atingir os processos, a memória, a ideologia. Em suma, o “texto se oferece, ao analista, como um excelente observatório do funcionamento do simbólico”. (Orlandi, 2001, p. 12).

Sob esse prisma, analisar o discurso consiste em explicitar a maneira pela qual linguagem e ideologia se articulam, se afetam mutuamente. Assim, a ideologia tem um estatuto discursivo completamente diferente da sociologia que a concebe como ocultação. É a ideologia que fornece evidências do sentido e do sujeito.

Em decorrência da ideologia na constituição dos sujeitos, teremos diferentes gestos de interpretação inscritos em diferentes regiões de sentidos. A noção de interpretação, amplamente trabalhada por Orlandi (1998), consiste no fato de que não há sentido sem interpretação, o que significa que os homens estão sempre em atividade de interpretação, ou seja, sempre comprometidos com uns e não outros sentidos.

Nas palavras de Orlandi (1999), a formação discursiva pode ser definida como aquilo que numa formação ideológica dada - ou seja, a partir de uma posição dada em um contexto sócio-histórico dado, determina o que pode e deve ser dito. Assim, as formações discursivas podem ser vislumbradas como regionalizações do interdiscurso, ou ainda, configurações específicas dos discursos em suas relações.

Seguindo essa linha de raciocínio, as formações discursivas são conceituadas como um conjunto de enunciados marcados pelas mesmas

regularidades, pelas mesmas *regras de formação*. A formação discursiva se define pela sua relação com a formação ideológica, ou seja, os textos que fazem parte de uma formação discursiva remetem a uma mesma formação ideológica. (Brandão, 1999).

Ao tomar por referência a noção de formação discursiva, levo em conta as implicações para o sujeito que a/enuncia. Ou seja, ele não é mais a fonte de seu dizer, pois mesmo este tendo uma intenção, esta não é a garantia de sentido. Para a AD o sentido é o efeito de sentido entre interlocutores em posições ideológicas, institucionais. A partir da formação discursiva em que esse sujeito se inscreve é que ele poderá dizer ou citar *x* e não *y*. Para compreender o dito e a citação, é relevante salientar a noção de intertexto e intertextualidade. Para Maingueneau (1989, p.86), a noção de *intertexto* de uma formação discursiva é entendida como o “conjunto dos fragmentos que ela efetivamente cita e, por intertextualidade, o tipo de citação que esta formação discursiva define como legítima para sua própria prática”.

A memória discursiva é definida de modo genérico, como *interdiscurso*: um saber discursivo que propicia que nossas palavras façam sentido. Algo fala antes, em outro lugar, independentemente. Esse saber corresponde a palavras já ditas e esquecidas, mas que continuam nos afetando em sua qualidade de *esquecimento*.

Pretendo discutir a noção de memória, vista não da perspectiva cognitivista, mas da perspectiva discursiva, como interdiscurso, em que o singular se constrói a partir do social, sempre resultante de um processo de interpretação, em que o esquecimento dá lugar à ficção e esta, à lembrança. Lembrança que reata o elo do sujeito com o passado que, por sua vez, se faz presente e se torna futuro, na historicidade do sujeito e no acaso que (des)controla o (in)controlável.

A noção de memória discursiva decorre da constatação de que o texto é um espaço simbólico multidimensional. Neste sentido, o gesto interpretativo do sujeito-leitor é determinado pela sua relação com a memória. Há uma gama de possibilidades de dizeres que se atualizam no

momento da enunciação, como efeito de um esquecimento correspondente a um processo de deslocamento da memória como virtualidade de significações.

A memória discursiva faz parte de um processo histórico resultante de uma disputa de interpretações para os acontecimentos presentes ou já ocorridos. O sujeito toma como suas as palavras de uma voz anônima que se produz no interdiscurso, apropriando-se da memória (já-dada) que se manifestará de diferentes modos em discursos distintos. Segundo Pêcheux (1999, p.52), “a memória discursiva seria aquilo que, diante de um texto que surge como acontecimento a ler vem restabelecer os implícitos (...) de que sua leitura necessita”. Contudo, esta regularização discursiva do implícito é sempre suscetível de ruir diante de novos acontecimentos: a memória tende a absorver o acontecimento.

Para a análise do discurso não há um sentido *a priori*, porém um sentido que é construído, produzido no processo da interlocução. Por isso deve ser referido às condições de produção (contexto histórico-social, interlocutores, dentre outros) do discurso. Para Pêcheux (1990), o sentido de uma palavra muda de acordo com a formação discursiva a que pertence.

No interdiscurso há uma relação de um discurso com outros discursos. Para Maingueneau (1989) a interdiscursividade tem um lugar privilegiado no estudo do discurso: ao tomar o interdiscurso como objeto, procura-se apreender não uma formação discursiva, mas a interação entre diferentes formações discursivas. Relevar que a interdiscursividade é constitutiva de todo discurso é dizer que todo discurso nasce de um trabalho sobre outros discursos. Em uma palavra, todo discurso está tecido pelo discurso do outro.

Feitas essas sucintas considerações sobre os conceitos de memória discursiva, formações discursivas e interdiscurso passemos, pois, aos depoimentos das paraplégicas para que possamos mais bem compreender os movimentos de seus discursos no que tange à sexualidade, ao corpo e à *deficiência*.

**Movimentos discursivos das mulheres paraplégicas**

Os trabalhos relativos às alterações da função sexual no/a lesado/a medular são bastante incompletos. No que tange às mulheres paraplégicas, quase todos se restringem a um parágrafo e, em geral, consideram que a mulher tem menos problemas nessa esfera. Impregnados por crenças e preconceitos alimentados por idéias capciosas que atribui à mulher o papel, histórica e culturalmente aceito, de maior passividade na relação afetiva sexual (De Figueiredo Carvalho & Coelho Damasceno, 2003; Sharma et al, 2006; Suaid, 2007).

Analisar o discurso de mulheres paraplégicas implica interpretar suas falas, tendo como ponto de partida o lugar sócio-histórico-ideológico (condições de produção) de onde elas a/enunciam. Esse lugar construído histórica e culturalmente não é mais o lugar de uma pessoa dita *normal* e, tampouco, o lugar de uma pessoa com *deficiência*. É um lugar que se constrói a partir da intersecção de dois mundos (*normal* e *deficiente*), o qual carrega na memória discursiva cenas corporais vivificadas antes e depois da *deficiência*.

É, pois, no corpo que o sujeito *deficiente* se inscreve e constitui-se como estrangeiro de si. (Kristeva, 1988). Neste caso, ser estrangeiro não é morar em outro país, é ser diferente e estar fora de um padrão que é tido como comum entre as pessoas ditas *normais*. A título de ilustração, vejamos o depoimento de Drica se referindo à sexualidade da pessoa com deficiência física:

A pessoa... quando a deficiência física, no meu caso, por exemplo, que sou paraplégica é... é um pouquinho assustador principalmente pra quem já adquiriu depois. Aí tinha uma vida sexual antes, aí adquiriu depois. Então acho que gera um pouco de receio, um pouco de medo, de perder, perder a sexualidade, perder. Achar que não tem mais o direito de ter isso, ou como vai ser, que é que eu vou sentir, qual é o tipo de sensação que eu vou ter, como que eu vou me relacionar com meu parceiro... isso é um pouquinho complicado, acho[...] (Drica<sup>1</sup>).

---

<sup>1</sup> Por motivos éticos, os nomes dos sujeitos entrevistados foram modificados.

Tendo por base o depoimento de Drica, a passagem de uma vida normal para uma vida sobre rodas torna-se um fato secundário – embora não pacífico - pois o que está em jogo é sua sexualidade, ou seja, a vida sexual ativa que ela tinha antes de ver-se limitada fisicamente pela lesão medular.

Diferentemente de outras pessoas com *deficiência* (surdo/a, cego/a, amputado/a, dentre outros/as), as mulheres paraplégicas têm sua sexualidade afetada devido à lesão que se instala na medula e, conseqüentemente, acarreta problemas na esfera neurológica e provoca limitações motoras e sensoriais (perda de movimentos e diminuição da sensibilidade abaixo do nível da lesão).

O fato de a vida sexual ativa constituir-se num objeto de preocupação para as mulheres paraplégicas está relacionado com a crença de que *deficiência* e sexualidade são incompatíveis. Este movimento discursivo gerado e criado tanto por pessoas ditas *normais* quanto por *deficientes* foi (ainda é) histórica e ideologicamente alimentado. A maioria crê que o/a *deficiente* é assexuado/a, não tem desejo e que a sexualidade não lhe deve fazer falta, pois ele/a tem problemas outros para se (pre)ocupar (controle dos esfíncteres anal e vesical, úlceras de decúbito, perda da sensibilidade, dentre outros.).

Em diferentes momentos das entrevistas percebi também que o prazer apontado pelas mulheres entrevistadas quase sempre não está atrelado somente ao ato sexual (leia-se coito). Nesta ótica, prazer não se restringe à penetração realizada pelo parceiro e à estimulação dos órgãos genitais. Outras regiões do corpo de mulheres paraplégicas podem ser estimuladas pelo parceiro com o objetivo de propiciar-lhes prazer e levá-las ao orgasmo. O homem, neste caso específico, assume o papel de *bússola*. Cabe a ele, então, orquestrar e servir de guia à mulher no que respeita à descoberta de sensações e de sentidos outros. A título de ilustração, temos o depoimento de Beth falando sobre sexo e orgasmo:

Tem outras maneiras de sentir, existe outras formas de sentir, e eu vou ressaltar sempre: depende muito do parceiro, depende de como o parceiro vai conduzir, como ele vai fazer. Pra *mim*, o parceiro é... funciona como se

é... estivesse descrevendo o que tá acontecendo ali, entendeu? O parceiro é muito importante, muito mesmo. Depende muito do parceiro (Beth).

Tal como no homem paraplégico e tetraplégico, a libido em paraplégicas encontra-se preservada. O desejo sexual não desaparece após a lesão medular. No entanto, algumas mulheres entrevistadas relataram que o trauma emocional, a princípio, determina modificações significativas, tais como dificuldade da percepção da identidade sexual e da imagem corporal, diminuição da autoestima e da capacidade de interagir socialmente.

Também não devemos esquecer idéias falsas que defendem que: 1. mulheres teriam mais dificuldades para atingir o prazer e o orgasmo em relacionamentos sexuais; e, 2. mulheres teriam menos necessidade de sexo do que o homem. Tais mitos são não somente aceitos como *verdades hegemônicas* e construídos socialmente, mas também difundidos e naturalizados pelas próprias mulheres (deficientes ou não). Como bem aponta Furlani (2003, p.31), “(...) *estas idéias se constituem numa legítima representante da condição de desigualdade entre homens e mulheres em nossa sociedade*”.

No que diz respeito às mulheres paraplégicas, esses mitos relacionados com dificuldade, diminuição ou ausência de prazer e orgasmo estão bastante exacerbados, haja vista que a lesão medular origina alterações sensitivas e motoras da resposta aos estímulos sexuais, tais como, perturbação da sensibilidade da genitália, da resposta erétil do clitóris e áreas adjacentes, da lubrificação vulvovaginal, além de danos da ação muscular do assoalho pélvico, períneo e esfíncter anal.

Por outro lado, cabe ressaltar que a sensação orgástica pode resultar da estimulação de outras áreas erógenas corporais, como os mamilos, acima do nível lesado. As sensações de prazer e orgasmo podem ser mantidas independentemente da presença de lesão na medula espinhal.

A acentuada valorização da beleza corporal em nossa cultura representa um relevante obstáculo para o ajuste de mulheres com deficiência. Estar em desacordo com os padrões estéticos tidos como *ideais* fragmenta a autoestima e atrapalha as relações sexual-afetivas. Neste

sentido, vejamos o depoimento de Joanne no que respeita à interface entre lesão medular e corpo:

Não é toda roupa que eu vou usar, não vou sair por aí de shortinho, de minissaia porque realmente não vai ficar nem legal. Minhas pernas são atrofiadas, eu tenho 20 anos de paraplegia. Não dá pra simplesmente pra falar que é tudo lindo, maravilhoso, que eu não tenho vergonha nenhuma, não. Claro que eu tenho, tenho pudor, tenho receio de ser aceita, tenho receio das pessoas ficarem olhando pra mim assim: oh! tadinha (Joanne).

Atravessada pelo movimento discursivo da sociedade capitalista que defende o mito do corpo perfeito e *ideal* (magro, esbelto e atlético) atrelado ao desempenho sexual, Joanne acredita que seu corpo, objeto de desejo, apresenta desvios que a distanciam do ideal de beleza e perfeição propagado e reforçado pela mídia. Diferentemente de um/a cego/a que usa óculos escuros numa praia, ou ainda, de um/a surdo/a na fila de um caixa de supermercado, as paraplégicas inscrevem as *marcas* da *deficiência* nos próprios corpos. Enquanto no/a cego/a e no/a surdo/a essas *marcas* não são visíveis à primeira vista (ao menos nas situações acima ilustradas), nas mulheres paraplégicas os *sinais da diferença* não podem ser ocultados. Os *sinais* que as distanciam das pessoas ditas normais estão aparentes e inscritos na *carne*.

Cabe-me salientar que não podemos restringir *desvios* estéticos apenas às pessoas com deficiência. Na verdade, todos estão sujeitos a alterações, desproporções, imperfeições e desfigurações, independentemente de o sujeito ser considerado *normal* ou *desviante*. No entanto, a deficiência ainda causa estranheza e propicia comportamentos preconceituosos, tais como, afastamento e discriminação. Tais comportamentos são percebidos e sentidos principalmente na relação sexual-afetiva. A título de exemplo, vejamos o depoimento de Frida:

Um homem, por exemplo, não vai olhar pra mim e vai achar que, nossa vou poder fazer sexo com ela, não vai. A maior parte dos homens se aproxima de mim por amizade, porque querem ser meus amigos, porque encontram outras qualidades em mim que não é essa. Geralmente eles não me vêem como mulher, né? Me vêem como amiga, como uma pessoa que pode ficar ao lado deles (Frida).

Conforme foi possível observar, ao longo das entrevistas das mulheres paraplégicas, as *marcas* da deficiência assustam e inibem o parceiro a tomar a iniciativa em iniciar um relacionamento sexual afetivo. A princípio o homem ou a mulher se aproxima do/a deficiente por amizade. O convívio com restrições, o medo ocasionado pela pouca informação veiculada pelos meios de comunicação referente à sexualidade e à deficiência e o modo como a mulher e o homem com deficiência é retratado histórica e culturalmente provoca barreiras na relação sexual-afetiva entre sujeitos ditos *normais* e sujeitos *deficientes*. A título de ilustração, temos o depoimento de Drica sobre a dificuldade de relacionar-se sexualmente:

Talvez, talvez o meu controle de esfíncter é... essas coisas porque o urologista sempre conversou comigo pra eu ter bastante cuidado de antes de, de fazer o ato sexual esvaziar minha bexiga, e ver como é que tá funcionando meu intestino, toda essa região aqui. Porque isso realmente tira um pouco da excitação, então se eu esqueço de fazer e tô com a bexiga cheia, aí na hora do ato corre o risco de vaziar, entendeu? Isso é ruim, isso é ruim. Então eu tenho que ter um cuidado pra que não aconteça, porque realmente tira um pouco da excitação, quebra o clima (Drica).

De fato, algumas adaptações são necessárias durante o ato sexual entre uma mulher paraplégica e seu parceiro. As orientações concernentes ao que fazer antes de iniciar o relacionamento sexual são importantes tanto para a mulher paraplégica quanto para o homem dito *normal*. A cumplicidade entre o casal e a aceitação de cuidados prévios é relevante durante a relação sexual para que a mulher não se sinta vítima e verdugo por *quebrar o clima e tirar um pouco da excitação*. O desejo de agradar e satisfazer o homem e, sobretudo, o medo de causar avarias na relação sexual-afetiva parece ser constante na mulher paraplégica. É como se somente coubesse a ela o árduo papel de garantir o bom desempenho do ato sexual.

Há também a cobrança por parte da sociedade que associa, por assim dizer, sucesso na vida pessoal e profissional com desempenho sexual. Ser reconhecido como alguém bem-sucedido na esfera sexual encontra suas ressonâncias nos movimentos discursivos vinculados com desempenho individual (leia-se quantidade) em relacionamentos sexuais. Nas palavras de Mary:

Você tem que fazer sexo pra você, pra você se sentir uma mulher por inteiro, ou se sentir um homem por inteiro porque senão você não é nada. Existe uma certa cobrança e você acaba dentro da sua cabeça colocando isso, que você tem que fazer porque senão você não vai ser uma pessoa normal, você tem que fazer porque senão vão te cobrar, ou senão vão te ver de outra forma, vão te ver como coitadinho, vão te ver como qualquer outra coisa menos uma pessoa normal dentro da sociedade porque você não faz sexo. Isso realmente é uma cobrança da sociedade e é... isso aí é uma coisa que a cada dia que passa vai aflorando mais do ponto até dos meios de comunicação que falam de sexo o tempo todo (Mary).

Atravessada pelos discursos propagados pelos meios de comunicação (leia-se, construídos histórica e culturalmente), Mary acredita que ter uma vida sexual ativa, ou ainda, *fazer sexo* é uma maneira de superar a condição de sua própria deficiência. A superação de sua condição, por assim dizer, desviante, pode ser vinculada ao desejo de ela ser reconhecida (apesar da deficiência) como mulher, mãe, parceira e amante. Em outras palavras, Mary necessita demonstrar com provas (relacionamento afetivo, ato sexual, fazer sexo) que ainda pode desempenhar bem seu papel de mulher na sociedade.

Esses discursos que associam a deficiência à eficiência encontram suas origens e ressonâncias no modo como os/as *deficientes* foram (ainda são) vistos/as por pessoas ditas *normais*. Nesses discursos ancorados nos atributos biológicos, desvios da normalidade são considerados doenças e males a serem eliminados pelos sujeitos. A esse respeito, vejamos o depoimento de Beth:

Mas o discurso anteriormente era que era o fim do  *mundo*  você tá numa cadeira de rodas. Você se tornaria uma pessoa inválida. Você não seria mais nada na sociedade. Era deitar e ficar esperando a hora da morte. Era sempre alguém ficar cuidando de você. Você não fazia parte de uma sociedade. Você não trabalhava, você não estudava, você não namorava, não podia fazer *nada!* Era uma pessoa doente. Era assim que a pessoa com deficiência era vista. Uma pessoa doente. Eu não sou doente, eu tenho uma lesão medular. Não tenho doença nenhuma. Doença eu tenho quando fico gripada, quando pego uma infecção. E anteriormente, não, a pessoa era vista como uma pessoa doente, uma pessoa com deficiência era doente (Beth).

Práticas de clausura remontam aos gregos. A historiografia demonstra que os atos de confinamento, isolamento e segregação eram comuns entre as

antigas civilizações. Há registros de tais práticas na literatura grega e romana, na Bíblia e no Alcorão. A título de exemplificação, poder-se-ia citar uma passagem bíblica referente à lei sobre o leproso:

Quem for declarado leproso, deverá andar com as roupas rasgadas e despenteado, com a barba coberta e gritando: Impuro! Impuro! Ficarão impuro enquanto durar sua doença. Viverá separado e morará fora do acampamento<sup>2</sup> (Levítico, 13, p. 45-46).

As representações de impureza sempre estiveram associadas às *marcas*, às *diferenças* e aos *carimbos* presentes nos corpos dos sujeitos acometidos por alguma patologia. As seqüelas remanescentes desses quadros patológicos serviam, então, para tornarem visíveis aos olhos do(a) outro(a), o que se desviava da regra do jogo. Assim, os sujeitos que se afastavam das regras da pureza previamente estabelecidas, eram alocados à margem do convívio social, discriminados e segregados pelos *puros* que eram libertos de estigmas.

Argumentações guiadas por concepções de capacidade, normalidade, igualdade e homogeneidade ainda estão fortemente atreladas aos discursos de cunho clínico-terapêuticos direcionados às questões que se (inter)relacionam com as diferenças entre os sujeitos. Tais discursos têm sido reproduzidos, não só através de documentos oficiais, dos meios de comunicação (TV, Jornais, Revistas e Rádios), mas também por uma parcela considerável de profissionais que atua na área da *deficiência*.

Atualmente, os discursos voltados para a *deficiência* e, sobretudo, para os sujeitos *deficientes*, buscam, em seus conceitos, etiologias e classificações, elementos que possam introduzir uma *nova* maneira de dizer, de escrever e de refletir sobre o modo como as pessoas e a sociedade contemporânea devem se comportar diante das *diferenças*, ou ainda, como podem se manifestar a respeito de temas como: inclusão/exclusão; capaz/incapaz; normal/anormal; eficiente/não-eficiente; integração/desintegração; vantagem/desvantagem.

---

<sup>2</sup> Ao homem declarado leproso impunha-se um comportamento especial para que fosse reconhecido e vivesse fora da comunidade. Naquela época, denominava-se lepra qualquer mofo ou decomposição orgânica.

Contudo, há nessa terminologia utilizada para se referir às pessoas com *deficiência*, uma visão dicotômica, pois quem não é uma coisa será outra. O que significa dizer que uma pessoa ora é chamada *normal* ora é chamada *anormal* caso ela se afaste de parâmetros tidos como concernentes à *normalidade*. Essas visões dicotômicas estão atreladas ao saber médico, ou seja, enfatizam os fatores biológicos ligados à saúde (homem/mulher saudável) e à doença (homem/mulher desviante).

Como bem aponta Foucault (1963/1998, p.39) é relevante determinar como e de que maneira as diversas formas de saber médico se reportam às noções positivas de *saúde* e de *normalidade*:

De um modo geral, pode-se dizer que até o final do século XVIII a medicina referiu-se muito mais à saúde do que à normalidade; não se apoiava na análise de um funcionamento “regular” do organismo para procurar onde se desviou, o que lhe causa distúrbio, como se pode restabelecê-lo; referia-se mais a qualidades de vigor, flexibilidade e fluidez que a doença faria perder e que se deveria restaurar.

O saber médico regulava-se muito mais pela questão da saúde do homem do que por sua *normalidade*. Não havia ainda o discurso bipolar médico do *normal* e do *patológico*. Por outro lado, a medicina do século XIX, como afirma Foucault (1963/1998, p.39-40) norteava-se mais pela normalidade do que pela saúde:

É em relação a um tipo de funcionamento ou de estrutura orgânica que ela forma seus conceitos e prescreve suas intervenções; e o conhecimento fisiológico, outrora saber marginal para o médico [...] vai se instalar no âmago de toda reflexão médica.

A grande influência das ciências da vida, no século XIX, o papel de modelo que desempenharam, principalmente nas ciências do homem, está atrelada não ao caráter compreensivo e alterável dos conceitos biológicos, “*mas ao fato de que estes conceitos estavam dispostos em um espaço cuja estrutura profunda respondia à oposição entre o sadio e o mórbido*” (Foucault, 1963/1998, p.40).

Assim, quando se falar da vida seja de grupos seja de sociedades, não se estará levando em conta somente a estrutura interna do ser organizado,

mas, sobretudo a *bipolaridade médica do normal e do patológico*. Daí, as relações dicotômicas serem utilizadas como formas de estabelecer o que pertence à norma ou não.

Há, então, uma necessidade de enquadrar os sujeitos em categorias opostas. A terminologia utilizada para nomear ora o *normal* ora o *patológico* pode até ser diferente e de acordo com um tempo e espaço, mas o teor dicotômico presente nos *novos* termos ainda será o mesmo. Ou pertence à norma ou é desviante. Ou seja, a visão do saber médico norteia a formação dos conceitos usados para classificar ou nomear determinados grupos de pessoas (neste estudo, as mulheres paraplégicas).

### Comentários finais

Refletir sobre a sexualidade de mulheres paraplégicas há algumas décadas era considerado algo bastante ofensivo, pois havia a tendência de negar-se ou mascarar-se a relevância da atividade sexual para mulheres deficientes, pois eram concebidas como pessoas desprovidas de desejo e de fantasias sexuais. Essas construções que aliam feminilidade à sexualidade e ao desempenho sexual, difundidas por diferentes instâncias da sociedade, atingem sobejamente as mulheres paraplégicas, tendo em vista que seus corpos, objetos de sedução, apresentam deformidades que as distanciam do ideal de beleza e perfeição veiculado pelos meios de comunicação e pelo marketing das sociedades capitalistas.

A idéia de que a *deficiência*, sobretudo a física, aprisiona o corpo e faz dele vítima e verdugo de sua própria história encontra-se ainda bastante arraigada no imaginário das pessoas ditas *normais* e das pessoas com *deficiência*.

Por fim, gostaria de dizer que a pessoa com *deficiência* não tem que se isolar do mundo como um eremita. Ela pode relacionar-se com outras pessoas, ter uma vida sexual ativa, independentemente de suas limitações físicas. As maiores limitações, tanto das pessoas ditas *normais* como dos/as cadeirantes são ainda a discriminação, o preconceito e a falta de informação sobre sexualidade.

**Referências**

- BRANDÃO, H.H.N. *Introdução à análise do discurso*. 2ª reimpressão da 7ª edição, Campinas/SP: Editora da Unicamp, 1999. (Coleção Pesquisas).
- DE FIGUEIREDO CARVALHO, Z. M. & COELHO DAMASCENO, M. M. Aplicación de la teoría del cuidado transpersonal en pacientes parapléjicos hospitalizados: relato de experiencia. *Cienc. enferm.*, dic. 2003, vol.9, no.2, p.77-94.
- DALL'ALBA, L. *Sexualidade e deficiência mental: concepção do professor*. 1992. Dissertação (Mestrado em Educação Especial) – Centro de Educação e Ciências Humanas, Universidade Federal de São Carlos, São Carlos.
- FOUCAULT, M. *O nascimento da clínica*. 5a.edição. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1998. [Original de 1963].
- FURLANI, J. *Mitos e tabus da sexualidade humana: subsídios ao trabalho em educação sexual*. 2ª edição. Belo Horizonte: Autêntica, 2003.
- KRISTEVA, J. *Etrangers à nous-mêmes*. France: Fayard, 1988.
- MAINGUENEAU, D. *Novas tendências em análise do discurso*. Campinas: Pontes/Editora da Unicamp, 1989.
- MAIOR, I.M.M.L. *Reabilitação sexual do parapléjico e tetrapléjico*. Rio de Janeiro: Revinter, 1988.
- MOUKARZEL, M.G.M. *Sexualidade e deficiência: superando estigmas em busca da emancipação*. 2003. Dissertação (Mestrado em Educação) – Universidade Estadual de Campinas, Campinas.
- ORLANDI, E. *Análise de discurso: princípios e procedimentos*. Campinas, SP: Pontes, 1999.
- ORLANDI, E. *Interpretação*. 2ª edição. Petrópolis: Vozes, 1998.
- ORLANDI, E. *Discurso e texto: formulação e circulação dos sentidos*. Campinas/SP: Pontes, 2001.
- PÊCHEUX, M. e FUCHS, C. A propósito da análise automática do discurso: atualização e perspectivas [1975]. In GADET, F. & HAK, T. (Orgs.). Por uma análise automática do discurso: uma introdução à obra de Michel Pêcheux. 3ª edição. Campinas/SP: Editora da Unicamp, 1997.
- PÊCHEUX, M. Papel da memória. In: ACHARD, Pierre et al. *Papel da memória*. (Tradução de José Horta Nunes). Campinas, SP: Pontes, 1999. p. 49-57.

PÊCHEUX, M. Análise automática do discurso. In: *Por uma análise automática do discurso: uma introdução à obra de Michel Pêcheux*. F. Gadet e T. Tak (orgs.), Campinas: Editora da Unicamp, 1990 (Título Original: Analyse Automatique du Discours).

RIBEIRO, H. C. F. Sexualidade e os portadores de deficiência mental. In: *Revista Brasileira de Educação Especial*. Marília, v. 7, n. 2, 11-27, 2001.

SALIMENE, A. C. M. *Sexo: caminho para a reabilitação*. São Paulo: Cortez, 1995.

SHARMA, S. C et al. Assessment of sexual functions after spinal cord injury in Indian patients. *International Journal of Rehabilitation Research*., 29(1):17:25, March 2006.

SUAID, H. J. et al . Management of sexuality of patients with spinal trauma by the urologist. *Acta Cir. Bras.* , São Paulo, 2007.

VASCONCELOS, V. O. Sexualidade e deficiência mental: uma pesquisa de documentos. 1996. Dissertação (Mestrado em Educação Especial) – Universidade Federal de São Carlos, São Carlos.