

Método cem por cento garantido.
Práticas de sexo seguro nas relações homoeróticas entre mulheres de segmentos médios em Porto Alegre

Por Nádia Elisa Meinerz

Resumo:

Esse artigo aborda as práticas de sexo seguro e os significados a elas associados no contexto das relações homoeróticas entre mulheres. Ele parte de uma pesquisa etnográfica realizada com mulheres pertencentes às camadas médias da população na cidade de Porto Alegre (Rio Grande do Sul, Brasil). A análise dos dados referentes à relação com os profissionais de saúde e a preocupação com sexo seguro aponta para uma banalização das doenças sexualmente transmissíveis, relacionada a uma expectativa de fidelidade conjugal e a não associação das práticas entre mulheres com a transmissão de HIV.

Entre Mulheres

Essa reflexão resulta de uma pesquisa etnográfica sobre homossexualidade feminina que resultou na dissertação intitulada: "Entre Mulheres - Estudo Etnográfico sobre a constituição da parceria homoerótica feminina entre mulheres de camadas médias na cidade de Porto Alegre"¹.

A abordagem teórica da dissertação parte da discussão de Foucault (1979) na qual ele discute a sexualidade a partir das práticas e significados que historicamente se relacionam ao corpo e aos seus prazeres. A partir da proposta desse autor, entendo que o estudo da sexualidade não deve estar pautado pela busca de uma verdade sobre a sexualidade dos indivíduos, e sim pela análise das diferentes possibilidades de relacionamentos sexuais e afetivos entre mulheres. A partir dessa abordagem, desloco o interesse do estudo das identidades relacionadas à sexualidade para o estudo das práticas envolvidas constituição da parceria sexual e afetiva entre mulheres, enfocando as diferentes formas de enunciação das relações homoeróticas. Em termos empíricos isso implica que a pesquisa abarcou desde mulheres que reivindicam politicamente a designação lésbica ou se identificam com a noção de homossexualidade até aquelas que não se reconhecem nestas designações ou em quaisquer outras que tomem como referência as suas práticas sexuais.

A pesquisa foi desenvolvida entre junho de 2003 e setembro de 2004 e consistiu no acompanhamento dos momentos de sociabilidade pertencentes a quatro diferentes redes de relações, através da técnica de observação participante. Além disso, realizei entrevistas semi-estruturadas com dez mulheres acessadas através das redes². As entrevistas exploraram especificamente questões relacionadas à trajetória afetivo sexual das mulheres, suas preferências de sociabilidade e lazer, busca de parcerias, conjugalidade, práticas sexuais e cuidados corporais.

Embora a questão da saúde, especificamente, não tenha sido o problema sobre o qual me dediquei durante a elaboração da dissertação, a temática do sexo seguro surgiu como uma instigante provocação em meio aos dados coletados, para a reflexão a esse respeito. Analiso, nesse artigo, as possibilidades de sexo seguro e os seus significados no contexto das relações homoeróticas entre mulheres.

A relação com os profissionais de saúde

Nádia: Tu costumava ir ao ginecologista?

Rosana: Sim, vou pelo menos uma vez por ano.

Nádia: E o teu ginecologista sabe que tu te relacionas com mulheres?

Rosana: É ela, agora é uma mulher, mudei faz dois anos, antes era um homem, mas eu sempre falei pra todos. É sempre a mesma história: qual é o anticoncepcional que você usa? Nenhum. Nenhum!? É nenhum. [risadas] Dessa vez foi até divertido, eu falei pra ela que eu não precisava que ela me receitasse nenhum método porque o meu método é cem por cento garantido.

O diálogo com Rosana³, uma mulher de trinta e nove anos sintetiza alguns traços comuns às relações das mulheres entrevistadas com os profissionais da área da saúde sexual e reprodutiva. A possibilidade de uma recusa da freqüência ao ginecologista era uma hipótese e que já nas minhas primeiras conversas com as mulheres era rebatida pela idéia de que só as *lésbicas ignorantes*⁴ podiam acreditar que se relacionar apenas com mulheres trazia uma isenção das preocupações com a saúde.

Essa percepção, embora deva ser analisada tendo em vista trajetória das mulheres entrevistadas. Dentre dez, nove começaram a freqüentar o ginecologista na época em que se relacionavam com homens e, apenas uma delas, que menciona apenas relações com mulheres, comenta que sua mãe a levava ao médico porque pressupunha que ela tivesse relações com homens.

Nesse sentido, Fachini (2004) a partir de uma pesquisa realizada entre mulheres que fazem sexo com mulheres em São Paulo descreve a existência de um duplo padrão de relacionamento com o sistema de saúde. Por um lado “ser masculina”, não ter tido (ou ter tido poucas) experiências sexuais com homens na vida, recusar a possibilidade de maternidade biológica e ter ido poucas vezes aos serviços de saúde ginecológicos; e por outro lado, ser “mais feminina”, entrar em contato com os serviços de saúde tendo em vista as relações heterossexuais e/ou à maternidade, e, ter uma maior preocupação/adesão aos cuidados com a saúde sexual e reprodutiva.

Embora os dados coletados permitam uma complexificação da oposição estabelecida pela autora entre “ser masculina” e “ser feminina”, me parece importante reter que, a partir da proposta de Fachini, minhas informantes constituem um exemplo do segundo grupo descrito, ou seja, entraram em contato com os profissionais da área da saúde sexual e reprodutiva a partir de suas relações heterossexuais ou da pressuposição destas.

O questionamento sobre métodos contraceptivos como uma primeira forma de abordagem a uma paciente evidencia a pressuposição de que todas as mulheres têm apenas práticas heterossexuais. Segundo Rich (1999), essa seria uma manifestação da heterossexualidade compulsória, a qual opera uma legitimação da heterossexualidade como norma para as mulheres, pela desconsideração da existência lésbica. Apesar de concordar com a proposição da autora, considero necessário problematizar essa noção de existência lésbica. A argumentação construtivista defende que a sexualidade não é fixa, podendo variar inclusive ao longo da vida dos indivíduos (Loyola:1999). A trajetória afetivo-sexual do grupo estudado evidencia que não há uma coerência de práticas sexuais que possa definir uma existência lésbica. Nesse sentido, a maior parte das mulheres entrevistadas, mesmo se relacionando preferencialmente com mulheres não avaliam negativamente suas relações anteriores com homens, bem como não descartam a possibilidade de ter relações heterossexuais.

Em relação à comunicação das práticas com mulheres aos profissionais de saúde, do total, quatro mulheres não contaram ao ginecologista sobre suas práticas homoeróticas alegando não sentirem necessidade de fazê-lo. Entre as demais, três disseram comunicar sua preferência sexual ao profissional de saúde para diminuir a lista de perguntas que elas entendiam não lhes dizer respeito. Duas comentam que tiveram a iniciativa de contar ao médico porque consideraram importante que ele soubesse do seu envolvimento com mulheres e uma mulher teve de contar pelo fato da prescrição de medicação estender-se ao parceiro.

Esses dados evidenciam que a atitude de algumas mulheres frente aos profissionais de saúde também contribui, de certa forma, para invisibilidade das relações homoeróticas. Desse modo, a análise das questões referentes à saúde sexual e reprodutiva deve ir além da compreensão da existência de uma heterossexualidade compulsória que organiza as relações entre as mulheres e os profissionais de saúde e se concentrar na percepção de as relações entre mulheres são cem por cento garantidas.

Você conhece alguma sapata que faça sexo seguro?

Além da inexistência de um *risco de gravidez* nas relações entre mulheres, ao descreverem suas relações como *cem por cento seguras*, as mulheres se referem também à inexistência da ameaça de contração do vírus da Aids, nas relações entre mulheres. A despeito da freqüência aos serviços de saúde, no que concerne à realização de práticas de sexo seguro, os dados sugerem não apenas uma falta de adesão a quaisquer práticas preventivas, mas, uma disposição ao não exercício de sexo seguro em virtude da percepção de inadequação dos métodos existentes às suas práticas sexuais.

Ao perguntar às mulheres se elas procuram fazer sexo seguro com as mulheres com as quais se relacionam, freqüentemente ouvia como resposta a seguinte pergunta, *Você acredita que exista alguma sapata que faça?* Manifestando-se em geral a favor da utilização de preservativos e referindo o uso destes nas relações que tiveram com homens, de uma maneira geral, elas afirmavam que *não existem*

métodos adequados para fazer sexo seguro entre mulheres. Essa afirmação se refere principalmente às práticas de sexo oral, aos contatos genitais, às carícias e às práticas penetrativas, nas quais não são usados acessórios. No que concerne ao uso de acessórios, encontrei referência adesão ao uso do preservativo masculino nos *dildos* e em alguns tipos de vibradores, quando estes são compartilhados, e também práticas como lavar o objeto antes de passar para a parceira.

É recorrente entre as entrevistadas a recusa à utilização de preservativos convencionais, de camisinhas de língua e de quaisquer outros materiais, tais como *papel filme* e luvas cirúrgicas, cujo uso é aconselhado por alguns ginecologistas e também por campanhas organizadas por setores do movimento lésbico⁵. Esses métodos são vistos pelas mulheres como *barreiras ao contato*, o qual é considerado indispensável na prática sexual. Embora se declarem conscientes da possibilidade de transmissão de doenças pela via sexual, as mulheres dizem que se expõe a elas por considerarem que são de fácil tratamento. Essa banalização das DSTs faz mais sentido à medida que é comparada ao impacto da Aids na vida dos indivíduos. Desse modo, a baixa probabilidade de contágio pelo HIV/Aids (embora seja uma possibilidade considerada como sempre presente) faz com que as mulheres se percebam como *fora do grupo de risco*.

Esses dados ilustram a complexidade da relação entre saúde e sexualidade no que se refere às práticas sexuais realizadas no contexto da parceria homoerótica feminina. A adequação de certos materiais, como os descritos acima, por parte dos profissionais de saúde e da militância organizada, a fim de promover sexo seguro entre mulheres, é um dado significativo que corrobora a argumentação de Fachini, no sentido de que a questão da saúde das mulheres que transam com mulheres se encontra “dentro do armário” (Fachini, 2004, p.36).

Moralidade como termômetro da prevenção

Os dados informam que a referência à prevenção frente ao risco de DSTs, embora pouco significativa, é associada às primeiras relações, tendendo a ser abandonada com o passar do tempo nas situações de conjugalidade e às relações com parceiras eventuais. Dentre as precauções referidas, destaco a opção em não realizar certas práticas num primeiro encontro, tais como o sexo oral e o contato genital, escolha que pode sintetizada pela expressão *sexo de calcinha*.

Essa prática pode ser associada a uma percepção recorrente entre o grupo entrevistado de que a única forma de fazer sexo seguro é *conhecer a pessoa com quem vai pra cama*. Essa idéia alude às práticas sexuais que se desenrolam no contexto conjugal e a uma expectativa de exclusividade sexual. A fala de Cristine evidencia uma associação entre saúde sexual e uma expectativa de fidelidade conjugal:

O sexo mais seguro que eu faço é manter sempre a mesma parceira e ela me manter também. Esse é o nosso sexo seguro. Porque o sexo só não é seguro

quando tu tens muitos parceiros, eu acho que é isso que faz o sexo não ser seguro, se uma semana tu transa aqui com uma pessoa e na semana seguinte com outra e depois com outra.

Nesse sentido, os dados são exemplares da forma como o discurso sobre o sexo seguro é um campo privilegiado para a elaboração de significados que, em termos da constituição da parceria, hierarquizam relações mais ou menos valorizadas, bem como parceiras mais ou menos desejáveis. Essa diferenciação moral, em relação percepção do risco associado ao tipo de parceira não é peculiar das relações entre mulheres. Ela foi largamente evidenciada nas pesquisas realizadas, sobre saúde reprodutiva, entre casais heterossexuais, o que tange a opção por método pré-conceptivo ou de prevenção de Aids⁶.

Nesse sentido, transar com uma mulher bissexual é percebido como *mais perigoso* para a transmissão de doenças. A propósito dessa classificação, Thaís me conta que, embora já tenha *ficado com mulheres bissexuais* ela tem *receio* desse tipo de envolvimento. Segundo ela, *por se relacionarem com homens*, as bissexuais estariam *mais propensas a contraírem uma doença venérea*. Assim, em relação às mulheres bissexuais o (des) *conhecimento*, expresso aqui na idéia de perigo, é percebido pelas mulheres como *muito maior* do que nas relações com mulheres definidas como exclusivamente homossexuais.

Entendo essa percepção de perigo como uma transposição para o campo da saúde de um julgamento de ordem moral. As mulheres bissexuais são classificadas como aquelas que *topam tudo* (podem ter relações tanto com outros homens como com outras mulheres) e por isso são mais perturbadoras da estabilidade conjugal.

Dado o exposto acerca da preocupação das mulheres com a saúde sexual e reprodutiva, a despeito da relativa freqüência ao ginecologista, sugiro que predomina uma tendência à banalização das doenças sexualmente transmissíveis. Procurei fundamentar esse argumento no decorrer do artigo pela não vinculação dos relacionamentos homoeróticos femininos com a transmissão do HIV/AIDS e pela expectativa de fidelidade conjugal. As estratégias preventivas das mulheres, como destaquei, estão relacionadas a diferenciações de hierarquias morais e à preferência pela constituição de uma parceria estável, na qual, a partir do *conhecimento da parceira*, a preocupação com a prevenção torna-se *desnecessária* ou *inconveniente*.

Bibliografia:

FACCHINI, Regina. Mulheres, Diversidade Sexual, Saúde e Visibilidade Social. In RIOS, L. F. Almeida, *et al* **Homossexualidade: Produção Cultural, Cidadania e Saúde**. Rio de Janeiro, ABIA, 2004. pgs. 34-43.

FOUCAULT, Michel. **História da Sexualidade: A vontade de Saber**. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1979.

GUIMARÃES, C. D. “Mas eu conheço ele!” Um método de prevenção do HIV/AIDS. In: PARKER, R. & GALVÃO, J. (orgs.) **Quebrando o Silêncio: Mulheres e Aids no Brasil**. Rio de Janeiro, Relume Dumará, 1996. p. 169 – 179.

LOYOLA, Maria Andréa de. A Sexualidade como Objeto de Estudo das Ciências Humanas. In: HEILBORN, Maria Luiza. **Sexualidade: O Olhar da Ciências Sociais**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1999. (pgs. 31-39)

MACHADO, Paula Sandrine. **Muitos Pesos e muitas medidas: representações de masculinidade no âmbito das decisões sexuais e reprodutivas**. Dissertação. (Mestrado em Antropologia Social). Instituto de Filosofia e Ciências Humanas. Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2003.

MOURA, Simone Rolin de. **Pensando a Lesbianidade: Formas de Empoderamento e Visibilidade**. Monografia. (Graduação em Ciências Sociais) Instituto de Filosofia e Ciências Humanas. Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2005.

RICH, Adrienne. La heterosexualidad obligatoria y la existência lesbiana. Navarro, M e Stimpson, C. **Sexualidade, gênero y roles sexuales** Buenos Aires: Editora Foundo de Cultura Económica, 1999. pgs. 159 – 211.

Notas:

¹ A dissertação foi elaborada sob a orientação de Daniela Riva Knauth e apresentada como requisito para a obtenção do título de mestre junto ao Programa de Pós Graduação em Antropologia Social da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, em março de 2005.

² Aqui, cabe salientar outra importante orientação metodológica, relacionada da especificidade do trabalho de campo na área de sexualidade. Trata-se da necessidade de administrar a situação de parceria potencial que se coloca nos espaços de sociabilidade e de busca por parceiras. Ou seja, além de uma pesquisadora interessada no estudo da homossexualidade feminina, no campo eu era também uma parceira potencial. Ao invés de pensar nisso como uma dificuldade eu procurei explorar essa condição para apreender sobre forma como as parcerias se constituíam. Portanto, foi através da participação nos jogos de sedução e conquista das mulheres que fizeram parte da experiência etnográfica que eu pude apreender às práticas e os significados relacionados à constituição da parceria homoerótica feminina.

³ Todos os nomes atribuídos às informantes são fictícios e atendem ao compromisso ético de proteger a identificação das mulheres que participaram da pesquisa.

⁴ A marcação itálica no decorrer do texto indica que a expressão é êmica, ou seja, a voz que fala não é minha e sim a das mulheres que participaram da pesquisa.

⁵ Essas recomendações por parte o movimento homossexual são bastante esparsas, de forma que como mostra Rolim de Moura (2005) a questão da saúde das mulheres identificadas como lésbicas é pouco abordada também no contexto do movimento social organizado.

⁶ Sobre a diferenciação moral por tipo de parceiro (a) entre casais heterossexuais, ver Guimarães (1996); Machado (2003).

Sobre la autora

Nádia Elisa Meinerz. Es Mestre em Antropologia Social (UFRGS), bacharel em Ciências Sociais (UFSC).

e-mail: nadiameinerz@yahoo.com.br

