

FATORES ENVOLVIDOS NAS DIFICULDADES DE NEGOCIAÇÃO DO USO DO PRESERVATIVO COM PARCEIRO FIXO POR PARTE DAS MULHERES PROFISSIONAIS DO SEXO

Raquel Maria Navarro¹

Zeca Manuel Salimo²

Sônia Maria Lemos³

RESUMO: Por meio de entrevistas semi-estruturadas, investigamos fatores envolvidos nas dificuldades de negociação do uso do preservativo com parceiro fixo, por parte das mulheres profissionais do sexo de Manacapuru, Amazonas. Essa pesquisa abordou essa problemática em virtude da verificação a partir de estudos anteriores que essas mulheres conseguem negociar o uso do preservativo com os clientes, mas que nas relações em que envolve afetividade, apenas a sensibilização sobre prevenção não foi suficiente para promover as mudanças comportamentais e levá-las à prática de sexo seguro. Por isso, se questionou as técnicas e estratégias de intervenção utilizadas na promoção de prevenção às IST e quais os mecanismos mais eficazes para levar a prática do sexo seguro. Esse estudo possibilitou a reflexão e discussão das práticas de prevenção e a discussão de novas estratégias de intervenção do Projeto Princesinha (Projeto de Prevenção às IST/Aids para as Mulheres Profissionais do sexo de Manacapuru), principalmente no que visa o incremento do uso de preservativos com parceiro fixo. Sendo que esses foram descritos, tais como: socioeconômicos, culturais, sociais, psicológicos e de gênero e como estes atuam nas estratégias de negociação e dificuldades. Para a Psicologia Clínica, a relevância se deu em compreender quais são os determinantes intrínsecos, emocionais que estão presentes na negociação do uso do preservativo, entendendo que as idiosincrasias do sujeito atravessam esse momento e por vezes definem a tomada de decisão no uso ou não do mesmo. Também foi analisada como se dá a interação desses nas relações sociais, principalmente nas relações de casais.

4013

Palavras-Chaves: Estratégias de negociação. Preservativo. Parceiro fixo.

1. INTRODUÇÃO

No Brasil, em 2022 havia 990,000 PVHIV, sendo 51,000 casos novos, e foram registrados cerca de 13,000 óbitos relacionadas ao AIDS. Nos últimos 10 anos, o Brasil mostra uma tendência geral de redução de casos por HIV/AIDS. Porém, esta redução de casos não é proporcional. Em 2011 as regiões Sul e Sudeste apresentaram tendência de queda, as taxas de detecção de AIDS eram de 35,1 e 23,4 por 100 mil habitantes e passaram para 20,4 e 14,5 casos em 2021 respectivamente, enquanto na região Norte, houve incremento de 21,0 para 26,0 casos por

¹Mestre em Saúde, Sociedade e Endemias na Amazônia pela Universidade Federal do Amazonas em Convênio com o Instituto de Pesquisa Leônidas & Maria Deane-FIOCRUZ Amazônia, Manaus-Brasil. Psicóloga e Neuropsicóloga da Fundação Hospitalar Alfredo da Matta, Manaus-Brasil.

²Doutor em Doenças Tropicais e Infecciosas pela Universidade do Estado do Amazonas em convênio com a Fundação de Medicina Tropical Dr Heitor Vieira Dourado, Manaus-Brasil. Professor e Pesquisador da Faculdade de Ciências de Saúde da Universidade Lúrio, Nampula-Moçambique.

³Doutora em Saúde Coletiva pelo Instituto de Medicina Social - IMS/UERJ. Professora da Universidade do Estado do Amazonas.

100 mil habitantes. Adicionalmente, a epidemia do HIV/AIDS é concentrada em populações chave e prioritárias, que incluem Gays e outros HSH, Pessoas que usam drogas, Mulheres trans e travestis e Mulheres trabalhadoras de sexo (BRASIL, 2023).

O Ministério do Brasil abraçou as metas 95-95-95 estabelecidas pela UNAIDS, em 2021, sendo estas o foco atual para a eliminação da epidemia do HIV/AIDS até 2030, que prevê que 95% das Pessoas Vivendo com HIV (PVHIV) tenham conhecimento da sua sorologia por meio de um diagnóstico; 95% das PVHIV com diagnóstico estariam a receber TARV ininterruptamente e 95% de todas as pessoas em TARV teriam uma carga viral indetectável (BRASIL, 2023; SALIMO et al. 2024; RAQUEL e SALIMO, 2024). Assim. Para o alcance dessas metas, devem ser priorizadas estratégias que permitam maior adesão ao tratamento entre PVHIV, por outro lado incrementação de políticas públicas que engajem estratégias de prevenção do HIV, sobretudo nos grupos vulneráveis (populações chaves e prioritárias).

As estratégias de prevenção do HIV, incluem testagem de HIV e outras ISTs, realizar Profilaxia Pré-Exposição (PrEP) quando indicado, fazer a Profilaxia Pós-Exposição (PEP) após situações de risco, não compartilhar objetos perfurocortantes, como seringas, no caso de mulheres grávidas, seguir o tratamento médico indicado para evitar a transmissão para o bebê antes e após o parto, tratar o HIV/AIDS no caso de PVHIV. Adicionalmente, o uso da camisinha (masculina ou feminina) em todas as relações sexuais (orais, anais e vaginais). Esta última abordagem, é considerada método mais eficaz para evitar a transmissão das IST, do HIV/aids e das hepatites virais B e C, não obstante, é importante para evitar gravidez indesejada (BRASIL, 2022; BRASIL, 2023).

4014

Apesar do uso de preservativo ser promovido nos serviços de saúde, por organizações não governamentais e a sociedade civil, verificam-se barreiras de não uso, sobretudo entre mulheres profissionais de sexo e seus parceiros fixos. Neste trabalho, investigamos fatores envolvidos nas dificuldades de negociação do uso do preservativo com parceiro fixo, por parte das mulheres profissionais do sexo de Manacapuru, Amazonas.

2. MÉTODOS

A proposta desta pesquisa apresentou para discussão um tema que se manifesta nas relações dos casais, sobretudo nas dificuldades de negociação do uso de preservativo com parceiro fixo por parte das mulheres profissionais do sexo de Manacapuru.

Para a realização da coleta de informações, foi utilizado como instrumento a entrevista semi-estruturada com um roteiro de entrevista composto por 09 tópicos. As informações ressaltam o trabalho que buscou investigar quais os fatores envolvidos nas dificuldades de negociação do uso do preservativo com o parceiro fixo.

Assim, se contactou as mulheres profissionais do sexo que fazem parte do Projeto Princesinha para ficarem cientes dos procedimentos a serem tomados e os objetivos da pesquisa. Bem como informar à Secretária Municipal de Saúde de Manacapuru, que seriam iniciadas as entrevistas. Após esses contatos, foram realizados os encontros com as mulheres profissionais do sexo (participantes da pesquisa) sendo que a pesquisa ocorreu através de 01 encontro que foi suficiente para a aplicação do instrumento. As entrevistas foram gravadas e transcritas conforme a permissão das entrevistadas (mediante assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido).

Desta forma respeitando a confidencialidade e anonimato das participantes, utilizou-se a seguinte denominação para a apresentação e análise dos conteúdos: exemplo-E1 (46 anos), E2 (45 anos), E3 (40 anos), E4 (34 anos), E5 (22 anos), E6 (26 anos), E7 (37 anos), E8 (20anos), E9 (22 anos), E10 (40 anos) resguardando, assim as entrevistadas e as informações de identificação pessoal. Sendo que todas as entrevistadas são profissionais do sexo e fazem parte do Projeto Princesinha (Projeto de Prevenção às IST do município de Manacapuru). Em posse das informações, fez-se a análise dos conteúdos a partir dos objetivos específicos e, através das falas apresentadas confrontando com o referencial teórico. As análises dos conteúdos foram feitas a partir de 03 categorias: profissionais do sexo, estratégias de negociação do preservativo e parceiro fixo. Essas informações foram descritas conforme a verbalização das entrevistadas, ao longo do referencial teórico.

Para isso, foram identificados e descritos os fatores envolvidos na dificuldade de negociação do preservativo com o parceiro fixo, a partir das três categorias específicas. Para posteriormente, estes fossem analisados a partir do referencial teórico apresentado.

Na categoria “Profissional do sexo” buscou-se conhecer como as entrevistadas iniciaram nessa profissão e há quanto tempo já estão trabalhando como profissionais do sexo. Sendo que para a maior parte das entrevistadas a iniciação nessa profissão se deu por necessidade financeira após terem sido abandonadas pelo marido, e por não terem tido acesso à educação, a única forma que encontraram para o sustento próprio e dos filhos foi esse. Já que as que

tentaram outra opção, como trabalhar de domésticas, declaram terem sido humilhadas e desistiram.

Na categoria “Estratégias de negociação do preservativo”, foram analisados os seguintes tópicos:

Medidas de prevenção no exercício profissional (tipo, frequência e dificuldades). Buscou-se compreender como se dá a prevenção no exercício profissional e quais as dificuldades encontradas para que a prevenção ocorra de maneira eficaz. Verificou-se que a prevenção no exercício profissional se dá de maneira satisfatória a partir dos conhecimentos obtidos para a adoção de atitudes e práticas sexuais seguras a partir do Projeto Princesinha e de amigas. Sendo que um fator que as ajudou bastante foi a sensibilização e identificação como um grupo de risco, vulnerável às IST.

Medidas de prevenção com parceiro fixo (tipo, frequência, dificuldades). Buscou-se conhecer as medidas de prevenção utilizadas com parceiro fixo e qual a frequência utilizada, bem como as dificuldades encontradas na negociação do preservativo com o parceiro fixo. Verificou-se que mesmo tendo conhecimentos sobre prevenção, a adoção de atitudes e práticas sexuais seguras com o parceiro fixo em sua grande maioria não ocorre em virtude das representações socioculturais que as relações monogâmicas têm em nossa sociedade, como o pacto de fidelidade, confiança e proteção que esperam do parceiro fixo. Ideias ambivalentes ao conceito de vulnerabilidade para a adoção da prevenção, o que dificulta que elas se identifiquem com as situações de risco e se sensibilizem para a adoção de práticas sexuais seguras.

Estratégias de negociação (tipo, dificuldades e as razões destas dificuldades). Buscou-se conhecer as estratégias utilizadas na negociação do uso do preservativo nas relações sexuais, bem como as dificuldades encontradas.

Outras alternativas (medidas de prevenção, estratégias utilizadas para a negociação). Buscou-se conhecer as alternativas utilizadas em relação a prevenção e às negociações do uso do preservativo.

Na categoria "Parceiro fixo" foram analisados os seguintes tópicos:

Tempo de relacionamento. Buscou-se conhecer o tempo de relacionamento com o parceiro fixo atual. Para posteriormente avaliar se o tempo de relacionamento influencia de alguma forma nas negociações do uso de preservativos. Verificou-se que o tempo é uma

variável secundária ao status de parceiro fixo, que por si só já mascara as situações de vulnerabilidade.

IST (tipo, tratamento, medidas de prevenção). Neste quisito, se buscou abordar o conhecimento das entrevistadas em relação às IST, quais os tipos existentes, se já pegaram alguma IST, e se pegaram como trataram e quais as medidas de prevenção adotadas para evitá-las. Verificou-se que grande parte das entrevistadas em algum momento já contraiu IST com os parceiros fixo, já que nas relações sexuais com os clientes, elas sempre usam o preservativo. Mas, mesmo tendo contraído IST, não têm poder de barganha para negociar o uso do preservativo, pois não querem perder o parceiro, que representa apoio financeiro em muitos dos casos. Mas, não é apenas o apoio financeiro que às submetem e sim o apoio emocional e o status ligado a se ter um parceiro fixo.

Sentimentos desencadeados na negociação do uso do preservativo com o parceiro fixo. Buscou-se conhecer e analisar os sentimentos desencadeados na negociação. Verificou-se que embora a grande maioria das entrevistadas não confiem nos parceiros e desconfiem que eles têm relações sexuais com outras parceiras, preferem fingir que não sabem para manter o relacionamento.

Outros fatores que influenciam nas estratégias de negociação para o uso de preservativo com parceiro fixo (econômicos, culturais, sociais). Buscou-se conhecer todos os fatores que na opinião das entrevistadas influenciam nas estratégias de negociação.

4017

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

3.1 O contexto histórico-social do HIV/AIDS no Brasil e as dificuldades de negociação para o uso de preservativo entre parceiro fixo e profissional de sexo

No Brasil, os primeiros casos de aids foram identificados em 1982, quando sete pacientes masculinos com práticas homo-bissexuais, foram diagnosticados (CN-IST/AIDS,1998c). Um caso foi reconhecido retrospectivamente no Estado de São Paulo, como tendo ocorrido em 1980 (CN-IST/AIDS, 1998c). Os modelos epidemiológicos, o discurso científico, bem como as representações na mídia passaram a enfatizar a semelhança com a distribuição dos casos de aids nos Estados Unidos no início da década de 80. Diante dessa constatação amplamente divulgada pelos meios de comunicação, a sociedade brasileira construiu núcleos de resistências sociais e culturais, provocando atitudes de discriminação, medo e de preconceito analisadas por Daniel e Parker (1991) no contexto do que esses autores denominaram de a "terceira epidemia".

A AIDS foi, inicialmente, associada de forma estigmatizadora, a grupos de risco, contam as profissionais Vera Lopes dos Santos e Cleidy Eliana dos Santos, da Unidade de Prevenção da Coordenação Nacional de IST e Aids do Ministério da Saúde, tais como homossexuais, prostitutas, dependentes químicos e hemofílicos, localizados em grandes centros urbanos. O resultado desta associação foi disseminar a falsa noção de que os que não pertenciam a estes grupos estariam a salvo da AIDS. Além disso, esse comportamento social reforçou preconceitos e estigmas vigentes contra algumas minorias. (<http://boasaude.uol.com.br/lib/showdoc.cfm?libdocid=3838&returncatid>, acesso em 19.02.06).

Esse é um dos fatores que interfere nas negociações do uso do preservativo com parceiro fixo, principalmente no caso das mulheres profissionais do sexo. Pois, estas se identificam com o grupo de risco quando estão trabalhando, o que faz com que elas exijam e usem camisinha com os clientes. Mas, quando estão com parceiro fixo, o problema da identificação como fazendo parte do mais novo grupo de risco não se dá, pois a relação estável é um fator que mascara a situação de vulnerabilidade, o que faz com que o parceiro não aceite o uso do preservativo e ela por medo de perdê-lo, se submeta a uma situação de risco, o que a torna vulnerável a contrair qualquer IST. Sem contar que grande parte da responsabilidade pela falta de divulgação de que cada vez mais cresce o número de mulheres com parceiro fixo infectadas é do Ministério da Saúde, e mais especificamente do Programa Nacional de IST/Aids. Pois, estes órgãos federais são os responsáveis pela divulgação e desenvolvimento de estratégias de prevenção, incluindo o desenvolvimento de campanhas publicitárias maciças que atinjam o maior número de pessoas possíveis.

O relato de (E8) a seguir, demonstra bem essa problemática, pois ela até tenta negociar o uso do preservativo, mas quando o parceiro lhe questiona se tem alguma doença, por ela pertencer a um grupo de risco pelo trabalho que executa, ela para provar que não tem nada, acaba deixando pra lá, pois não quer perder o parceiro. Verifica-se que o poder de decisão nesta relação está no parceiro. Não existe uma relação de igualdade, que possibilite uma negociação *"... ele logo me pergunta, quando peço para ele usar camisinha: por que, você está com doença, é? Daí eu respondo: Não, eu não tenho doença, mas tenho medo de você andar por aí com outras mulheres e pegar doença e passar para mim. Daí eu já penso: Poxa, ele já está desconfiando de mim. Ele diz que não sai com outras mulheres e eu confio nele. Por isso, não consigo negociar o uso do preservativo Pedir o uso da camisinha com clientes para mim é normal."*

Portanto, a entrevistada enfrenta a estigmatização pelo fato de pertencer a um grupo considerado desde o início da epidemia, como sendo um grupo de risco e mais vulnerável a AIDS. E isso do ponto de vista psicológico lhe impõe uma injúria narcisista pela dúvida de ter alguma doença, o que lhe diminui: o poder de barganha na hora da negociação do preservativo, a auto-estima na relação com o parceiro, e o que a leva a silenciar-se cada vez. Mais perante o parceiro.

Mesmo com o passar do tempo e o reconhecimento dos mecanismos de transmissão, a aids continuou a ser relacionada com a prática homossexual masculina, a pessoas promíscuas e de hábitos não aceitos pela sociedade. Sendo assim, as pessoas ditas "normais" não teriam com o que se preocupar. Tanto em nível científico quanto popular, a aids no Brasil não tem sido tratada somente como uma doença de homossexuais e "marginais", mas também e principalmente, como a "doença do outro" (DANIEL, 1989).

O modelo ideológico da "doença do outro", vigoroso no início da epidemia, gerou por parte dos órgãos governamentais e de vários grupos sociais importantes, como os representantes das instituições de saúde, em especial na primeira metade da década de 80, um imobilismo com relação às campanhas de prevenção à aids. Esse imobilismo foi seguido por campanhas amedrontadoras e simplistas. O reflexo disso na população foi a não adoção de métodos de prevenção uma vez que se acreditava ser a aids uma doença "estrangeira" à vida cotidiana do cidadão. Na realidade, essa abordagem (a doença como atributo e experiência do outro) da prevenção reforça concepções tradicionais do processo saúde e doença na população. Apesar das mudanças epidemiológicas e nas campanhas de prevenção, a mudança individual continuou restrita (BALDIANE et al., 1997). Essa problemática pode ser evidenciada na fala de (E3), a seguir: *"... Com os clientes, às vezes uso camisinha e outras não. Não vou mentir para você. Eu transo sem camisinha, porque facilito muito com a vida. Eu acho que nunca doença nenhuma vai me pegar. Eu fico meia sem graça de pedir o uso da camisinha para o cliente. Eu acho difícil falar para ele colocar uma camisinha. Pois, quando falo, eles falam algumas vezes que então eu terei que por neles, e eu não coloco. Eu não suporto".*

Segundo Barbosa (1993), com a visão da aids como sendo a "doença do outro" foram surgindo, com o tempo, outros "grupos de risco" que vem mobilizando a comunidade científica e a opinião pública: o da "população geral" e dentro dele as mulheres. Caracterizar a construção do "outro" e as condições associadas a esta construção no grupo feminino tem sido objeto de alguns estudos.

Outro fator que interfere na negociação que fica evidenciado no relato acima de (E3) é o fato de o desenvolvimento da sexualidade feminina se dar com muitos tabus e repressões sociais. A vivência da sexualidade por parte das mulheres vem sempre carregada de culpa e vergonha, que tem como origem o contexto sócio-histórico determinado pelo androcentrismo de uma cultura marcada pelo patriarcalismo.

Nos relatos a seguir, evidenciou-se que na maioria das vezes, as mulheres só se dão conta do risco que estavam correndo, em relação à vulnerabilidade às IST, quando ao adoecerem e procurarem o médico, estas recebem o diagnóstico de IST, o que faz com que o processo de sensibilização à prevenção às IST comece a ocorrer- "*...Com o meu namorado atual, no início do relacionamento, eu vivia insistindo: o certo é usar camisinha. É uma coisa errada, pois vamos nos contaminar. Tínhamos relação anal e eu dizia que era um órgão que não era feito para relações sexuais e que precisávamos usar camisinha. É que era por amar a gente mesmo. Mas, não adiantou. Pois, ele não aceitava usar camisinha. E tive que confiar e aceitar. Foi quando eu me contaminei e terminamos*" (E1); "*...No meu primeiro casamento eu não usava camisinha. Confiava e nem passava na minha cabeça a possibilidade de contrair alguma doença. Nem conhecimento eu tinha a respeito. Foi quando eu fiquei doente e fui ao médico e que descobri que estava com câncer do colo do útero, é que me separei e mudei de atitude. Aí que fui entender o risco que eu corria*" (E7).

4020

Para Sanches (1999), a síndrome de imunodeficiência adquirida (aids) é um problema de Saúde Pública que alcançou proporções pandêmicas. Nos últimos tempos, poucos agravos à saúde geraram tamanho grau de interesse dos profissionais de saúde, de atividade científica, de enigma e de preconceito como a aids. O número de pessoas infectadas pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV), seu modo de transmissão e seu impacto na sociedade levou a aids a ser uma doença que tem uma grande dimensão social (BENNETT, 1987; VELIMROVIC, 1987).

Sendo que na ausência de uma vacina eficaz ou tratamento efetivo para a aids, a prevenção se baseia na educação, objetivando um maior conhecimento sobre a infecção, e em propostas que promovam mudanças de comportamento. Estas mudanças comportamentais são os objetivos-chave de muitos programas de controle da aids, mas os comportamentos humanos têm múltiplos determinantes, e abordagens direcionadas somente para alguns aspectos dificilmente alcançam o sucesso (SANTOS, 1992) "*... eu fico meia sem graça de pedir o uso da camisinha para o cliente. Eu acho difícil falar para ele colocar uma camisinha. Pois, quando falo, eles*

falam algumas vezes que então eu terei que por neles, e eu não coloco. Eu não suporto... Prá mim é muito constrangedor negociar o uso da camisinha, seja lá com quem for. Prefiro não tocar no assunto...” (E3).

Mas, a sensibilização à prevenção e adoção de atitudes e práticas sexuais seguras é um processo lento, pois verifica-se cada vez mais a dificuldade de se mudar os comportamentos de uma hora para outra. Pois, o processo de sensibilização se dá de fora para dentro. E para isso, se torna imprescindível que participem todos os envolvidos e não somente as mulheres. É preciso que se consiga a aproximação dos homens ao serviço de saúde, para que assistam as palestras de prevenção, façam às testagens de HIV e de outras IST e participem da discussão sobre prevenção e saúde. Verifica-se cada vez mais que sensibilizar somente as mulheres e não os homens, pela dificuldade de acesso destes ao serviço por falta de tempo tem sido medida inócua, já que ao chegar em casa o poder de decisão está nas mãos dos homens. É a partir da sensibilização de todos os envolvidos nas relações que conseguiremos caminhar para modificar o processo saúde-doença estabelecido em nossa sociedade e evitar que cresça cada vez. mais o número de pessoas infectadas pelo HIV.

Pesquisas sobre sexualidade indicam que as práticas sexuais, como qualquer comportamento humano, têm profunda interação com as demais representações e práticas sociais, ou seja, comportamentos sexuais são social e culturalmente organizados e prescritos (Parker, 1994). Sendo assim é necessário entender o meio sociocultural no qual o indivíduo vive, seus padrões de interpretação da realidade, seus costumes locais e práticas - fatores culturais e religiosos (JANZEN, 1987), atitudes negativas sobre o uso de preservativos (JEMMOTT e JEMMOTT, 1991; KELLER et al, 1991) e dificuldades em discutir com o parceiro atual o uso do preservativo (MACDONALD et al, 1990). Avaliações sobre alterações comportamentais sugerem que sem uma apreciação pessoal do risco, os comportamentos tendem a não se alterar, apesar do adequado conhecimento sobre as chances de infecção pelo HIV.

Na frase a seguir observa-se como a fé pode atuar como um obstáculo à sensibilização das pessoas às situações de risco, pois pelo fato de estarem vinculadas a determinadas religiões, se sentem protegidas e alheias a qualquer situação de vulnerabilidade, o que impossibilita as mudanças dos comportamentos de riscos e o desenvolvimento de atitudes e práticas sexuais seguras. A fé é mais um fator que mascara a vulnerabilidade das pessoas e expõem cada vez mais aos riscos de se contrair uma IST “...eu tenho fé em Deus que nada de mal acontecerá comigo. Pois, Deus cuida de mim. Por isso, transe sem camisinha com os clientes e com o meu namorado” (E3).

Nas falas a seguir observa-se também que existem outras dificuldades em relação ao uso de preservativos, como a não aceitação por parte dos homens, por não conseguirem ter ereções, por não gostarem e por relatarem que o prazer na hora da relação sexual diminui consideravelmente. Estudos sobre o assunto demonstram que esses argumentos são mais subjetivos, por questões culturais e psicológicas do que objetivos "*... nunca usei camisinha com o meu primeiro marido, pois eu não tinha informação. E com esse meu namorado, ele tenta, mas não consegue ter ereção. E por causa disso, ele não aceita usar camisinha...*" (E2); "*...o meu namorado não usa camisinha. Ele fala que o sexo com camisinha fica sem gosto. Que é o mesmo que chupar bombom com toda a casca. Pra mim, eu acho ótimo com camisinha. Mas, ele não aceita...*" (E3); "*... com o meu ex-marido eu nunca usei camisinha. Com o atual eu exijo, mas ele não aceita, porque não gosta...*"(E4).

Como a prevenção se baseia principalmente na promoção de mudanças comportamentais, é necessário implementar pesquisas sobre conhecimento, atitudes, comportamento e percepção de risco entre pessoas sob risco ou não, para o HIV/Aids em diferentes contextos socioculturais. Na fala a seguir verifica-se que mesmo tendo conhecimento sobre as IST e sobre prevenção, a mudança comportamental não foi efetiva, pelos inúmeros fatores que influenciam e interferem nas negociações do uso do preservativo "*...logo no começo, ele se cuidava e usava camisinha. Depois de um tempo passamos a não usar mais camisinha. Ele me perguntou: Quando tu faz por aí com outros homens (clientes), você faz com camisinha? E eu respondi que sim e então ele disse que não corríamos risco. E ele queria muito um filho e eu engravidei. Foi iniciativa dele, deixar de usar camisinha. Ele diz que incomoda e que não é a mesma coisa. Até essa noite a gente foi transar com camisinha e não deu. Eu falei para ele nessa noite: vamos usar camisinha. Então ele disse: vamos. Pois, ele não é o tipo de pessoa que diz não. Mas, colocou e não conseguiu ter relações. Disse que incomodou. Eu pedi, pois fazia muito tempo que a gente não usava. Nessa parte de incomodar, eu acredito que incomoda. Agora, quando eu era casada eu não usava camisinha, pois eu nem tinha conhecimento. Eu morava no interior...*" (E6).

Segundo Paiva (2004), o uso do preservativo como uma das diretrizes mais importantes para prevenção da infecção do HIV pela via sexual foi, desde os primeiros anos da epidemia, a alternativa para o sexo mais protegida em tempos de aids. Optou-se no Brasil, como na maior parte dos países onde se organizaram respostas nacionais bem-sucedidas à epidemia do HIV, por uma perspectiva não supressiva, que focalizava o incentivo ao uso do preservativo, além da diminuição do número de parceiros (KALICHMAN, 1993).

O uso do preservativo foi incorporado como recomendação desde 1985 em documentos oficiais dos CDC/EUA (Centros para o Controle e Prevenção de Doenças) e programa brasileiro desde 1987 (TERTO JR. 1992; KALICHMAN, 1993), proposto por técnicos dedicados à saúde pública e à prevenção em conjunto com o movimento das comunidades mais atingidas, principalmente a comunidade gay organizada. Apesar da oposição de alguns grupos religiosos, a iniciativa tem mudado os scripts das atividades sexuais de muitos brasileiros que hoje, 15 anos depois, incorporaram a camisinha como hábito (JORNAL DO BRASIL, 1988).

3.2 Vulnerabilidade de mulheres profissionais de sexo às ISTs

É imprescindível abordar não somente a vulnerabilidade e o aumento dos casos de infecção pelo HIV por parte das mulheres, como também abordar a questão da vulnerabilidade a outros tipos de IST, considerados menos graves em virtude dos tratamentos disponíveis que evoluem para a cura dos pacientes, mas que funcionam como porta de entrada para o HIV “... nunca peguei nenhuma IST com cliente. Porém, peguei gonorreia com um menino que eu namorava fazia dois meses. Pois, tive uma relação sexual com ele sem camisinha e peguei. Transei sem camisinha, pois naquele momento, não tínhamos camisinha. Foi uma vez só. Ele não era fiel, por isso acho que peguei dele. Entrei no projeto no ano passado. Antes de conhecer o projeto, quem me orientava sobre camisinha e IST eram as minhas amigas que tinham mais experiência” (E5);

4023

Porém, o relato da entrevistada (E10) demonstra que nem o fato de ter contraído IST do ex-marido, a sensibilizou para a adoção de atitudes e práticas sexuais seguras. Pois, usou camisinha temporariamente após a separação e no relacionamento atual deixou de usar. Ou seja, os mesmos mecanismos psicológicos atuantes nas relações objetivas (idealização e outros), que atuaram no primeiro casamento, voltaram a atuar no relacionamento atual, colocando-a novamente em risco e aumentando à sua vulnerabilidade às IST. “...eu já peguei IST. Quando peguei, eu tava no meu casamento ainda. Aquelas verrugas na vagina. Até cheguei a vir com a médica do projeto e ela me tratou. Pois, eu não usava camisinha com o meu marido, devido a confiança que eu tinha nele. Nos finais da conta, já viu, né... Nem foi só isso não. Tive outra IST também com ele fora as verrugas. Tipo fungos... Tudo isso eu peguei dele. Me tratei e passei muito mal por causa disso. Daí fiz tratamento direto mesmo. Aí depois disso comecei a usar camisinha. Mas, não foi com ele que eu usei, pois depois que descobri a doença, eu me separei dele. Pois, com ele, eu nunca usei. Eu me separei dele por causa da IST. Daí me cuidei, me tratei e eu fiquei boa. Nunca mais apareceu nada em mim. Com o meu namorado atual, eu não uso camisinha” (E10).

A sexualidade é uma questão de abordagem complexa e a aids uma doença que envolve discussões e resoluções complexas pelos aspectos morais, éticos e comportamentais que a envolvem. No que diz respeito às mulheres, esses problemas se tornam ainda maiores. A situação se agrava pelo fato de uma das soluções proposta para a prevenção ser o uso de preservativos, que depende fundamentalmente da concordância do parceiro masculino “...*me sinto mal nesse relacionamento, pois tento exigir o uso da camisinha, mas ele não aceita. Mas sempre fico preocupada. Pois, não confio e vivo fazendo exames, pois tenho muito medo de me contaminar com uma doença que não tenha cura*” (E2).

3.3 Estratégias adotadas nos programas de prevenção em HIV/AIDS e falta de negociação no uso de preservativo entre profissional de sexo e parceiro fixo

A estratégia de prevenção ao HIV implantadas no Brasil, se caracterizam por amplas ações de caráter informativo, voltadas para segmentos populacionais específicos. Embora existam iniciativas isoladas de alguns Serviços de Saúde ou de Educação, estas são insuficientes se assumirmos que o Estado deveria ter o papel de desenvolver abordagens mais adequadas a cada grupo específico.

Se torna necessário e urgente que se desenvolvam estratégias e abordagens mais adequadas a cada grupo específico que consigam sensibilizar para a adoção de atitudes e práticas sexuais mais seguras “... *nunca consegui negociar o uso da camisinha com parceiro fixo. Com o meu ex-marido eu nunca pensei e nem pedi para ele que usasse a camisinha. Não tínhamos conhecimento, pois morávamos no interior. Com esse namorado eu já pedi para que ele usasse camisinha, mas ele diz que só tem a mim, como mulher. Mas, eu não acredito, não. Ainda mais, que ele trabalha em motor de pesca. Não acredito. Mas, nunca aconteceu nada com ele. Ele nunca pegou doença nenhuma. Ele sempre dá desculpa, pois não gosta de usara camisinha. E quando eu peço a ele que use, ele sempre diz que então eu o estou traindo com outro, sem usar camisinha. Ele sabe da vida que eu levo. Ele me conheceu nessa vida e sabe que uso camisinha com cliente. Com clientes, só transo se for com camisinha. Não tenho problemas na negociação com clientes*” (E4).

Essas estratégias de prevenção são organizadas predominantemente em torno do repasse de informações sobre o HIV/Aids e as formas de evitá-lo. Entretanto, sabe-se que fatores sociais interferem no processo saúde-doença, construindo diferentes estados de saúde e de bem-estar. Além disso, os dados analisados nesse trabalho claramente evidenciam que: o aumento do nível de conhecimento sobre as formas de transmissão do HIV/Aids não se traduz

diretamente, em adoção de práticas de sexo seguro "... com esse namorado, às vezes nós usamos e outras vezes, não usamos. Eu até estou com dúvida de estar grávida. Quando eu peço para ele usar camisinha, ele usa. Quando eu não peço, ele não usa. Não sei o porquê de eu não pedir sempre. Às vezes, ele não usa porque não tem mesmo. Ele tem conhecimentos das IST. Eu nunca conversei com ele sobre camisinha e o porquê de não usarmos sempre. Acontece naturalmente. Eu não ligo para isso. Eu confio nele. E nem penso em doenças em relação a ele. No começo quando comecei a sair com ele, aí nós transávamos com camisinha, pois não conhecia ele" (E5).

É explícita a dificuldade de separar a prevenção do HIV de uma abordagem voltada à saúde de uma forma mais ampla, e mais especificamente da saúde sexual. No caso da população feminina, isso implicaria uma proposta de atenção integral à saúde da mulher. Ao mesmo tempo, à medida em que os caminhos que levam uma mulher a se infectar e contaminar são extremamente complexos, a prevenção do HIV não pode estar restrita exclusivamente à implementação de ações de saúde. A prevenção do HIV entre as mulheres deveria incluir também, além das estratégias de repasse de informações e de cuidados à saúde sexual e reprodutiva, estratégias de fortalecimento individual, reforço da auto-estima e estímulo à autonomia de uma forma geral.

Pois, enquanto as mulheres não conquistarem o seu espaço, com uma situação de igualdade nas relações conjugais, de nada adiantará os argumentos adquiridos nos discursos de prevenção. Não se torna possível haver autonomia e poder de barganha nas relações, se não se conquistou autonomia emocional e financeira. Pois, os fatores psicológicos e financeiros submeterão à preocupação com a prevenção a segundo plano. Sendo que a necessidade emocional e de ser cuidada financeiramente é sempre atual e a preocupação com a prevenção de uma IST é apenas uma possibilidade.

4025

3.4 Projeto princesinha - Manacapuru

Os dados que serão apresentados a seguir, foram pesquisados e coletados no arquivo do Programa Municipal de IST/Aids de Manacapuru / Secretaria Municipal de Saúde de Manacapuru e que foram coletados e elaborados por Dr José Carlos Sardinha e Dra Adele Benzaken, médicos da equipe de IST da Fundação Alfredo da Matta e colaboradores na implantação do Programa de IST/Aids em Manacapuru.

Manacapuru é uma típica cidade do interior do Amazonas. Está situada a cerca de 90Km a Oeste de Manaus, à margem esquerda do Rio Solimões. Seus 86.000 habitantes (80% na área

urbana) padecem dos mesmos males que afetam as demais cidades do interior, ou seja, hanseníase, tuberculose, leishmaniose, hepatites, doenças de transmissão hídrica e doenças sexualmente transmissíveis (IST). Conta com uma rede de saúde estruturada (postos de saúde, hospital, equipe multidisciplinar para atendimentos, CTA-testagem para HIV e hepatites virais e palestras sobre IST).

Em 1996 o prefeito eleito apresentou em sua plataforma eleitoral, como mote principal, a reativação da economia do município através do fortalecimento do turismo ecológico, já que Manacapuru conta com numerosos sítios de extrema beleza (Lago do Piranha, por exemplo) e as demais atividades econômicas encontravam-se praticamente nos seus limites (extrativismo vegetal, pesca, agropecuária e pólo moveleiro).

A partir disso, surgiu uma preocupação por partes dos gestores da Secretaria Municipal de Saúde e demais profissionais “ninguém virá a Manacapuru por mais beleza que aqui exista, se supõe deparar-se com tantas doenças (tais como: gonorreias, sífilis e outras IST). Turismo ecológico sim, mas com saúde”. Com isso, buscou-se a reformulação no sistema de saúde, como meta de adequá-lo à exigência do desenvolvimento de um turismo ecológico.

No início dessa gestão, em 1996, Manacapuru apresentava apenas um caso de Aids, e, ainda assim, importado (adquirido fora do município). No entanto, havia (e continua havendo) um fluxo de visitantes, principalmente nos finais de semana (em 1997, cerca de 500 carros em média cruzavam a balsa nestes dias), oriundos de Manaus, onde na época já existia cerca de 600 casos de Aids. No relato dos balconistas de drogarias e dos profissionais que atuavam na rede de saúde nessa época, eram frequentes os casos de IST. Até o momento, o n° de casos de HIV diagnosticados no município é de 33, sendo que 7 já apresentam manifestações da Aids e dois faleceram no ano de 2006. O n° de mulheres profissionais do sexo é de aproximadamente 154.

Nessa época, a reformulação do setor de saúde consistiu em contatar a equipe do setor de IST da Fundação Alfredo da Matta, pedindo ajuda no sentido de promover palestras, simpósios ou o que fosse no sentido de alertar e orientar a população para suas práticas sexuais. Porém, os técnicos do Alfredo da Matta, experientes na área de IST, explicitaram que resumir o controle das IST/Aids a informar e esperar que as pessoas mudassem suas práticas sexuais seria medida inócua, sabidamente superada, já que não tinha dado certo em parte alguma do mundo.

A proposta feita foi que se implantasse um verdadeiro e completo Programa de Controle de IST, agindo tanto no sentido preventivo quanto assistencial. Algumas diretrizes

operacionais foram estabelecidas e vêm sendo rigorosamente seguidas, a saber: universalidade da assistência, padronização dos procedimentos (diagnóstico e tratamento), garantia de fornecimento de medicamentos e de repasse de preservativo e estabelecimento do Sistema de Referência e Contra-Referência (com a fundação Alfredo da Matta).

Na área da prevenção, utilizando-se da chamada “Educação pelos Pares”, foi implantado no final de 1998, no município, o “Projeto Princesinha”, projeto de prevenção desenvolvido com objetivo de intervir especificamente junto às profissionais do sexo da cidade. Coordenado na época pela Dra Adele Benzaken da “Fundação Alfredo da Matta” e atualmente pela Psicóloga Raquel Maria Navarro, o projeto consiste na disseminação entre profissionais do sexo e seus clientes de informações sobre IST e Aids e a respeito do uso do preservativo.

Nas falas de (E4) e de (E2) observa-se a importância do Projeto Princesinha no processo de sensibilização das mulheres profissionais do sexo para a adoção de práticas sexuais mais seguras. Mas, verificou-se que esse objetivo só foi atingido no que se refere às práticas sexuais com os clientes. Porém, as estratégias utilizadas para incentivar o uso do preservativo com parceiro fixo, tem sido inócuas. Devido a outros fatores identificados nessa pesquisa, como os psicológicos, os sociais, econômicos e culturais. Uma pesquisa anterior evidenciou o baixo incremento do uso do preservativo com parceiro fixo. Por isso, surgiu a necessidade da realização dessa pesquisa, para identificar os fatores envolvidos e propor novas estratégias de intervenção junto ao público-alvo “... logo que comecei nessa vida, peguei gonorreia. Foi nesse momento que tive contato com o Projeto Princesinha”; “... no começo eu tinha relações sexuais com os clientes sem camisinha por falta de informação. Atualmente só transo com clientes com camisinha. Eu não tenho problemas em exigir o uso da camisinha com os meus clientes. Por um bom tempo eu não tinha informação e a implantação do Projeto Princesinha me ajudou muito para que aprendêssemos a nos prevenir. Porém, trabalhei aproximadamente uns 10 anos antes da implantação do Projeto, sem informações. Sempre tenho camisinha. Sem camisinha, não faço programas. Quando percebo que o cliente é mais agressivo, exaltado e afoito, eu daí já nem bebo, para conseguir controlar a situação e me safar. Me mantenho em alerta. Tento manter a tranquilidade. Programa só se for de camisinha. Já me ofereceram mais para transar sem camisinha e a pessoa disse que eu não tinha cara de que estava doente. Mas com o meu namorado eu não consigo exigir a camisinha...” (E2);

Esse projeto de intervenção tem como população alvo as mulheres trabalhadoras sexuais e seus clientes, residentes ou não, no município de Manacapuru, visando a redução da disseminação dos patógenos causadores de IST e Aids. Sua execução que a princípio estava a

cargo de 5 multiplicadoras que eram agentes da comunidade treinados, monitorados e remunerados para desenvolverem esta atividade, atualmente está a cargo de duas multiplicadoras e uma subcoordenadora, devido a reestruturação política. No período de implantação do projeto Princesinha estimava-se um número aproximado de 150 mulheres profissionais do sexo fixas no município. No entanto, sabe-se que outras profissionais que residem em Manaus, em número incerto, vão nos finais de semana, para Manacapuru, para fazer programas sexuais.

Antes de sua implantação, eram comercializados cerca de 400 (quatrocentos) preservativos por mês nas drogarias de Manacapuru. Nos primeiros 6 meses de intervenção, foram repassados (venda a preço de custo), pelas multiplicadoras, mais de 12.000 (doze mil) preservativos, nos pontos de prostituição.

3.5 Fatores envolvidos nas dificuldades de negociação do uso do preservativo com parceiro fixo

3.5.1 Prevenção, sexualidade e afeto

Villela destaca que a sexualidade feminina, vista como vinculada à maternidade e ao mundo dos afetos, condicionaria sua existência a uma relação amorosa. Essa vinculação do prazer ao afeto demonstra que as escolhas dos parceiros estão fundamentadas e centradas nas concepções amorosas existentes na nossa cultura, onde a confiança, o amor e a proteção se relacionam entre si (APUD SANTOS, 1996) “... No meu relacionamento atual, desde a primeira relação sexual, a gente nunca usou camisinha. No meu primeiro casamento, eu nem tinha conhecimento sobre camisinha e IST” (E8); “... as relações sexuais que a gente teve no início foi só com camisinha. Sempre, desde a primeira vez, só com camisinha. Mas, agora não usamos mais, pois não gostamos. E eu confio nele. Com o meu ex-marido, eu nunca usei camisinha, pois confiava e achava que ele não saía com ninguém. A dificuldade de exigir a camisinha é minha e dele, pois tanto eu como ele, não gostamos de usar camisinha. Me preocupa o fato de não usar camisinha, mas estou confiando nele. Antes dele, eu usava camisinha. Mas, já falei para ele e ele não aceita usar camisinha. Pra mim é normal pedir que use a camisinha. Ele diz que só tem relações sexuais comigo e eu por gostar um pouco dele, acabo aceitando. Não quero perdê-lo...” (E10).

Segundo Guimarães (1994), em relação aos preservativos, certas características culturais devem ser assinaladas. O uso dos preservativos traz à tona a ideia de comportamentos sexuais irregulares ou desviantes do modelo monogâmico, onde estão embutidas a fidelidade e a confiança. O pedido para o uso do preservativo normalmente é interpretado como desconfiança

do parceiro ou infidelidade por parte da mulher. Isso poderia levar a um risco social e pessoal que muitas vezes a mulher não está disposta a correr. Um risco que poderia vir a acarretar discriminação, perda do parceiro e do *status* social-As entrevistadas (E1) e (E8) ressaltam a dificuldade descrita anteriormente: "... Gerou desconfiança por parte dele! Ele não gostava de usar camisinha, dizia que apertava. Ele tinha cabeça muito dura e era muito mal-informado. Estudou até 4ª série e é do interior, então não tinha conhecimento de muita coisa". Assim, tivemos relações sexuais sem camisinha. Ele alegava fidelidade" (E1); "... eu confio nele. Ele fala que não anda com mulher por aí e eu confio nele. Quando peço para ele usar camisinha, ele logo me pergunta: por que, você está com doença, né? Daí eu respondo: Não, eu não tenho doença, mas tenho medo de você andar por aí com outras mulheres e pegar doença e passar para mim. E ele diz que não sai com outras mulheres. Daí eu já penso: poxa, ele já está desconfiando de mim e me sinto mal" (E8).

Uma recomendação dada por profissionais da área de prevenção para abordagem nos aconselhamentos coletivos e individuais é que a ênfase dada seja na questão de que a maior parte das doenças sexualmente transmissíveis fiquem assintomáticas no organismo o que dificulta e retarda o diagnóstico precoce que possibilite o tratamento. O que coloca em questionamento o fato de que se ter uma IST, está relacionado a uma traição. Essa afirmação nem sempre é verdadeira e deve ser avaliada em cada caso isoladamente. Devido a esse fato, muitas doenças contraídas em relacionamentos anteriores somente são descobertas quando estas pessoas já estão vivendo outros relacionamentos. E isso não necessariamente seja evidência de traição. Por isso, é preciso que se oriente para que as pessoas busquem o serviço de saúde regularmente para se fazer todos os exames e previna-se.

4029

Segundo Sanches (1999), historiadores da ciência, em especial, Thomas Khun (1970), apontam para o fato de que as teorias científicas não são inteiramente objetivas, mas são antes paradigmas que refletem o contexto histórico e social vigente. Em nossa cultura, o poder institucionalizado, o autoritarismo e a dominação do homem frequentemente resultam na aceitação, como norma, do ponto de vista masculino, o androcentrismo.

Um dos resultados do androcentrismo é relegar as mulheres a um papel secundário em termos de pesquisa clínica ou epidemiológica e cuidados de saúde. Nesse contexto, a aids representa um bom exemplo de doença na qual a mulher se apresenta em desvantagem em relação ao diagnóstico, tratamento e cuidados de saúde.

3.5.2 Vulnerabilidade e negociação

Nos países onde o HIV se propaga principalmente por meio da relação heterossexual, a relação sexual com penetração vaginal, sem uso de preservativo, é o principal comportamento de risco. Segundo pesquisas realizadas na Europa e Estados Unidos, 80,0% das mulheres infectadas pela via sexual afirmam que a penetração vaginal sem preservativo foi a única atividade de risco por elas praticadas (DOSSIÊ PANOS, 1993).

A percepção de vulnerabilidade pessoal pelas mulheres é importante e necessária, mas não é suficiente para determinar mudanças de comportamento. Diferentes grupos sociais apresentam lógicas e concepções diferenciadas sobre a saúde e doença. Isso fica evidente nas falas apresentadas a seguir: “... eu nunca peguei IST, graças a Deus” (E3); “... eu nunca peguei IST. Apareceu só uma gonorreia em mim e nele e ninguém sabe como foi. O médico passou os remédios e nós tomamos. Mas, até hoje ninguém não sabe como foi. Eu achei estranho, pois nunca tive relações sexuais sem camisinha. Mas, dizem que pega do banheiro, e eu uso muito banheiro público. E foi iniciativa dele, deixar de usar camisinha” (E6).

Segundo Paiva (2004), o uso de preservativo com os parceiros considerados eventuais, pessoas com quem não se têm um vínculo estável ou relação conjugal, continua mais frequente que com parceiros fixos. Os padrões de uso de preservativo com parceiros eventuais são semelhantes aos dos países mais ricos. O uso de preservativo nas relações estáveis (com parceiro fixo) está aquém do desejável “... eu gosto do meu namorado, mas sou sem-vergonha mesmo. Quando ele viaja eu tenho outros namorados, mas daí transo com camisinha...” (E4).

Porém, o uso inconsistente de preservativos é mais frequente entre as mulheres. As mulheres compõem o segmento que cresce de forma mais acelerada entre os novos casos de aids nos últimos anos, fenômeno conhecido como “feminização da epidemia”. As mulheres declaram menos frequentemente relações sexuais com parceiros eventuais (situação considerada de maior risco para o HIV), sete vezes menos que os homens. O contexto de maior vulnerabilidade para as mulheres pode estar sendo também o que se foi qualificado como situação de baixa exposição: relações com cônjuges e parceiros fixos sem uso de camisinha (MS CEBRAP 2002; DHS 2003). O crescimento da epidemia feminina e entre as mulheres inseridas em relações fixas sugerem que a definição desse comportamento como de baixa exposição deva ser revista “... Não usamos, pois nem eu e nem ele gostamos de usar camisinha” (E10).

Segundo Sanches (1999), o conceito de risco é um dos mais complexos da epidemiologia, com implicações importantes para a educação em saúde. A noção que cada pessoa tem acerca

do risco a que está exposta tem, frequentemente, pouco a ver com o risco real. Mesmo aqueles que sabem bastante sobre HIV/Aids e sobre a importância de adotar medidas de proteção, admitem que nem sempre tomam as devidas precauções. Programas de prevenção da aids que aconselham as mulheres a insistirem no uso do preservativo, não se dão conta, muitas vezes, da realidade social em que elas vivem. O conhecimento sobre o risco de infecção pelo HIV é muitas vezes entendido e utilizado de maneira diferenciada. Por exemplo, a mulher trabalhadora do sexo pode insistir no uso do preservativo com um cliente e pode não usá-lo com o seu companheiro regular. Da mesma forma, muitas pessoas que não usam preservativos com os seus parceiros regulares poderão fazê-lo em um encontro casual “...hoje tenho medo de pegar doenças. Minha tia pegou IST e me orientou. Eu nunca peguei esses negócios. Com clientes eu só transo com camisinha. Só não transei com camisinha com os pais dos meus filhos e com este namorado atual. Me deixa um pouco preocupada o fato de não usar camisinha. Fico com receio de pegar alguma IST. Mas, ele não aceita usar e eu deixo pra lá” (E8).

Isso pode ser verificado nas falas a seguir, pois as profissionais do sexo utilizam camisinha com os clientes, mas tem dificuldades de negociar o uso do preservativo com o parceiro fixo. Devido a essa dificuldade, algumas das entrevistadas já contraíram IST “...eu peguei IST com o meu namorado atual. Pois, logo no início do meu relacionamento com ele, ele não aceitava usar camisinha. Dizia que era fiel e eu aceitava. Mas, depois de me contaminar, pois tive corrimento e coceiras, mudei de atitude e terminei o namoro. Quando ele pediu para reatarmos, procuramos a médica do Projeto Princesinha. Foi quando ele fez o tratamento e assistiu palestras. Pois, eu já tinha feito o tratamento. E coloquei como condição para voltarmos, que só teríamos relações sexuais com camisinha. Ele não gostou, mas aceitou, pois não queria me perder novamente. Com clientes, eu só transo com camisinha” (E1); “...Eu tive câncer no útero há 6 anos e fui para Manaus. Me tratei e fui orientada sobre como me prevenir das IST. Pois, antes eu não sabia de nada. Eu deixaria de ficar com qualquer homem, pois eu prefiro a minha saúde. Mas, eu não era assim. Mudei depois que me contaminei com o meu ex-marido. Com clientes, só tenho relações sexuais se for de camisinha” (E7); “...peguei gonorreia no ano passado com esse meu namorado. Pois, ele nunca aceitou usar camisinha. Ele até já tentou usar, mas ele diz que aperta e no momento ele não conseguiu ter ereção. Tentamos outras vezes, mais nada. Ele não consegue ter ereções com camisinha. Acho que é psicológico, é da cabeça dele. E acabo aceitando. Mas, com os clientes não tem jeito, se não for de camisinha, eu não aceito” (E2).

Um dos problemas mais críticos para as mulheres em relação à prevenção é a negociação com o parceiro do uso de métodos de sexo seguro. Quanto menor poder de barganha tem a

mulher, maior a sua dificuldade para "pedir" ao parceiro que use o preservativo. Ao insistir (ou simplesmente pedir) para que seus parceiros usem o preservativo, algumas mulheres receiam estar colocando em risco a sua relação amorosa ou mesmo perder seu parceiro. Perdendo seus parceiros elas podem estar não somente abrindo mão de uma relação que lhes dá status e apoio emocional, mas também suporte financeiro (SANCHES,1999).

Nas falas apresentadas a seguir, evidencia-se a problemática descrita acima, do que representa a possibilidade da perda do parceiro, implicada nas negociações do uso do preservativo com parceiro fixo “... a forma como fui criada, influenciava na maneira como eu achava que tinha que ser uma esposa. Fui casada e o meu marido me traía. Eu era uma boba. Casei muito nova, pois tinha 15 anos. Não conhecia nada da vida. Não conseguia negociar o uso do preservativo, pois ele dizia que não gostava e que não era doente para usar camisinha. E ele era muito promíscuo e tinha muitas mulheres. E eu fingia que não sabia que ele tinha outras mulheres, para conseguir manter o casamento. Fiquei casada por 19 anos. Fui infeliz, maltratada e tinha uma baixa auto-estima” (E2); “... e quando eu peço a ele que use, ele sempre diz que então eu o estou traindo com outro, sem usar camisinha. Ele não gosta da camisinha. Daí eu não aperreio mais. Eu tenho medo de perdê-lo, pois ele me ajuda bastante. Ele faz o rancho, me deixa dinheiro” (E4); “... por medo de perdê-lo, se um dia ele se recusar a usar camisinha, terei que confiar e aceitar” (E9); “... são várias coisas: eu confio nele, tenho medo de perdê-lo e eu própria não gosto de usar camisinha” (E10).

Verifica-se que para evitar a perda do parceiro e tudo o que esta relação representa em sua vida, as mulheres se submetem a todas as imposições e situações de riscos que nem sempre elas têm consciência. O que faz com que consigam manter o casamento por um tempo maior, mas que não evita que estas sejam abandonadas após um tempo. Aí ocorre não somente a perda do parceiro, mas tudo o que colocaram nesse relacionamento, como a auto-estima e o tempo investido numa relação em detrimento de ter investido em si própria.

A idéia de que as práticas sexuais são negociadas não é um conceito novo. O uso de métodos anticoncepcionais é um exemplo disso. Nas últimas três décadas, inúmeras pesquisas foram implementadas com o objetivo de produzir contraceptivos eficazes. Com o advento do contraceptivo oral nos anos 60, os métodos de barreira, que independem da capacidade de negociação da mulher, foram aos poucos sendo abandonados. Com isso, o uso de preservativos nas últimas décadas foi extremamente limitado. No final dos anos 80, na maioria dos países, menos de 16% dos casais usavam preservativos como método contraceptivo. As únicas exceções eram a Escandinávia, Hong-Kong, Singapura, Reino Unido e Japão (BERER, 1993). Dados

sobre o uso de preservativos para proteção contra doenças sexualmente transmissíveis antes de 1980 são muito raros.

Para Sanches (1999), se, por um lado, o uso de anticoncepcionais orais possibilitou à mulher o exercício mais livre de sua sexualidade e o direito de decidir quando e quantos filhos desejava ter; por outro lado, interferiu negativamente no processo de negociação sexual com o seu parceiro, já que predominantemente, responsabilizou-a pela contracepção “...eu já fiz vários exames, mas nunca peguei doença nenhuma. Sempre usei camisinha com os clientes. Quando eu tive o meu filho mais novo, eu comecei a usar camisinha para não pegar mais filho. Pois, tomava remédio, mas não confiava. Usava camisinha junto com o remédio, para não correr risco de engravidar. Foi naquela época que os remédios estavam com problemas. Usava a camisinha mais para evitar filho. Só comecei para evitar IST quando comecei a frequentar o projeto, há um ano atrás” (E9).

A existência de uma assimetria de poder nas relações entre homens e mulheres, ao lado de desigualdades nas relações de gênero nas esferas sociais e econômicas (menor acesso da mulher à educação e empregos, baixos salários e dupla jornada de trabalho) acabam determinando uma situação de extrema vulnerabilidade feminina à epidemia (PARKER,1994).

Isso pode ser verificado na maior parte dos relatos das entrevistadas em que durante o período em que foram casadas ou que mantiveram um relacionamento com parceiro fixo não utilizaram camisinha por falta de conhecimento, pelo fato do parceiro não aceitar e por submeterem às condições impostas por ele, para manter o relacionamento que lhes dá status social, apoio emocional e financeiro.

Uma das estratégias de diminuição da vulnerabilidade feminina que vem sendo cada vez mais enfatizada é a capacidade da mulher em negociar com o seu parceiro o uso dos métodos de proteção disponíveis. Além disso, a ideia de risco e suas relações com os estilos de vida mais saudáveis é uma das questões mais complexas nos estudos e modelos de intervenção preventiva para a promoção e proteção à saúde (SANCHES, 1999).

Com o advento da epidemia da aids e sua clara associação com o comportamento humano, o papel dos fatores comportamentais na determinação da saúde e doença voltou a receber grande atenção. A mudança de comportamento sexual passou a ser vista como o meio mais efetivo de enfrentamento da epidemia da aids através de ações e estratégias preventivas- “...depois que me contaminei, terminei o namoro. Quando ele me pediu para voltarmos, eu disse a ele que só voltaria se transássemos somente com camisinha e ele aceitou. Então procuramos juntos a médica do Projeto Princesinha que orientou nós dois” (E1); “...desde que tive câncer no útero, não tive mais problema

na negociação. *Sem camisinha, não tenho relações sexuais. Perco o namorado, marido, seja lá o que for, mas não deixo de me cuidar. Para mim, a saúde tem muita importância*” (E7).

Segundo Sanches (1999), ao longo do tempo, incorporou-se nas avaliações (subjetivas) a noção de que a vulnerabilidade é maior em situações de sexo não conjugal. Provavelmente devido a isso, a taxa de uso consistente de preservativos é especialmente baixa nas relações estáveis- conjugais ou com parceiras fixas. São taxas comparáveis a alguns dos países mais ricos, mas também nesses países não se eliminou a epidemia do HIV/AIDS.

Portanto, a afirmação que o “sexo conjugal é mais protegido”, nem sempre é verdadeira, e incorporar o preservativo na cena conjugal tem sido descrito como objetivo muito difícil na maioria dos países. Objetivo especialmente relevante em grupos e comunidades onde a “prevalência de fundo” (do original inglês “background prevalence”) do HIV é mais elevada (BUYÉ e cols. 2001).

Em virtude de ter se identificado por muito tempo com o discurso “o sexo conjugal é mais protegido”, a entrevistada (E7), no período em que ficou casada não utilizou preservativo, pois confiava em seu marido. E após anos de casamento, ao passar pelo médico, recebeu o diagnóstico de “câncer no colo do útero”. Foi quando se separou e repensou a sua vida (incluindo suas atitudes e práticas sexuais) e adotou práticas sexuais mais seguras “...o fato de ter tido câncer no colo do útero, me fez valorizar a saúde e enxergar a vida de uma forma diferente”.

4034

Em função dos sentidos atribuídos às relações estáveis, estar envolvido com um parceiro fixo, namorado ou companheiro, pode ser justamente um fator que mascara situações de mais vulnerabilidade, e isso independe do tempo de relacionamento para elas, pois o status “parceiro fixo”, coloca qualquer outra variável como secundária “... está namorando há 5 anos...” (E1); “... está namorando há 5 anos com um homem casado...” (E2); “...está namorando há 1 ano e 8 meses...” (E3); “... está namorando há 4 anos...” (E4); “...está namorando há 3 meses...” (E5); “...está namorando há 1 ano e 7 meses...” (E6); “...está amigada há 4 anos...” (E7); “... está namorando há 5 meses...” (E8); “... está namorando há 3 meses...” (E9); “... está namorando há 4 meses...” (E10).

No relato a seguir, verifica-se que o simples fato de estar se relacionando com um parceiro fixo, isso já traz consigo as representações de confiança, pacto de fidelidade, de não estar correndo riscos, sem ao menos ter realizado qualquer exame para respaldar suas convicções e certezas “... confio nele. Quando eu não peço, ele não usa. Não sei o porquê de eu não pedi sempre. Eu não ligo. Eu nunca conversei com ele sobre camisinha e o porquê de não usarmos sempre. Acontece naturalmente. Eu não ligo para isso. Eu confio nele. E nem penso em doenças em relação a ele.

No começo quando comecei a sair com ele, aí nós transávamos com camisinha, pois não conhecia ele” (E5).

O relato anterior e o que vem a seguir demonstram que no início do relacionamento em virtude das inseguranças e de se conhecerem há pouco tempo, chegaram a usar camisinha, mas foi por pouco tempo. Porém, a segurança depois de um tempo surgiu do discurso do outro e não de resultados de exames. Pois, para exigir os resultados do exame, correria o risco de perder o parceiro fixo, por lhe impor uma injúria narcisista, já que o objeto é idealizado e está acima de qualquer crítica -“... logo no começo, ele se cuidava e usava camisinha. Depois de um tempo passamos a não usar mais camisinha...”(E6).

O estímulo e o acesso ao teste anti-HIV, voluntário e acompanhado de aconselhamento, pode representar um caminho importante no sentido de aumentar a proteção das pessoas vivendo em relações estáveis. Na literatura, como também em pesquisa do MS/IBOPE, as pessoas que fazem o teste usam proporcionalmente mais camisinha; há um grupo significativo de pessoas que se conscientizaram das situações em que estiveram mais vulneráveis e buscam se proteger (ver capítulo 3 dessa série de artigos, FRANCA JR e cols.2003; HOTLZMAN e cols. 2001; PINHO e cols, 2002).

Porém, cabe ressaltar que a palavra mais adequada para designar o processo que leva às mudanças das atitudes e práticas sexuais tem mais a ver com o processo de “sensibilização”, do que o de “conscientização”. Pois, a conscientização é individual e a sensibilização é o que realmente ocorre nos procedimentos de aconselhamento coletivo e individual oferecidos no momento da testagem para o HIV.

A alternativa, bastante complexa, é estimular que casais vivendo em parceria fixa tenham acesso e façam o teste, e consigam se comunicar sobre estes resultados, definindo o uso de preservativo em um contexto de prevenção compartilhada, e não pressuposta.

Sendo assim, os programas de prevenção à aids devem ser desenvolvidos em um contexto de compreensão da realidade socioeconômica e cultural. Assim, é necessária a participação dessas mulheres em todos os estágios das políticas e programas que estão sendo ou que venham a ser desenvolvidos.

Segundo Pazo (2006), com o avanço da epidemia da AIDS em mulheres no início da década de 90, as relações de poder existentes entre homens e mulheres tornaram-se foco de atenção, principalmente no que se refere às desigualdades produzidas a partir dessas relações.

Pensar na formulação de estratégias para o enfrentamento da disseminação do HIV na população de mulheres brasileiras implica um grande desafio, visto que a negociação do uso do preservativo significa trazer a tona o debate referente à singularidade do exercício da sexualidade de homens e mulheres e, também, como se dão as interações sexuais e as relações de gênero. Definitivamente, não podemos crer que estratégias prescritivas do uso do preservativo possam dar conta da complexidade do problema, haja vista que ao falarmos de sexualidade e de prostituição estamos colocando no centro da atenção a questão do desejo e das relações entre casais “... com o meu ex-marido, eu nunca consegui negociar o uso do preservativo. Com o meu namorado atual, a única negociação que consegui foi exigir que caso ele tenha relações sexuais com outras pessoas, que ele use com as outras. Eu me sinto bem com ele do jeito que ele é. Para mim está bom demais. Ele fala que o sexo fica sem gosto. Que é o mesmo que chupar bombom com toda a casca. Pra mim, eu acho ótimo com camisinha. Mas, ele não aceita. Só digo uma coisa para ele, que se ele tiver alguém fora, que não traga doença para mim...” (E3);

Segundo Pazo (2006), se a construção e a vivência da feminilidade caracteriza-se por um exercício constante do silenciar-se e do conformar-se, submetendo a mulher a estratégias de controle, a identidade social da mulher prostituta foi construída a partir de uma condição de desviante das regras e normas estipuladas para o exercício da feminilidade. No relato a seguir verifica-se que há uma auto-estima primária, que independe da relação objetal. No qual o amor-próprio e a saúde estão em primeiro lugar “... É tranquilo para mim exigir o uso do preservativo, pois a minha saúde vem em primeiro lugar...” (E7);

As diferentes formas e níveis de discriminação social que sofrem as profissionais do sexo retiram-lhes o status de cidadã plena, dessa maneira, direitos garantidos a outros segmentos lhes são negados, dificultando frequentemente o acesso aos sistemas formais de saúde, educação e proteção social (PAZO, 2006) “... Comecei nessa profissão, quando o meu casamento acabou. Nunca fiquei com alguém para ganhar dinheiro com isso. Conhecia uma pessoa e ficava tempo com a pessoa. Eu só comecei a pedir dinheiro quando precisei. Falava para a pessoa que eu tinha uma dívida ou que estava precisando de dinheiro e esta pessoa me dava” (E10).

3.6 Narcisismo e relações de objeto

Para Turkenicz (1995), na sociedade atual, cresce cada vez mais o número de casais formados por inclinação. Este indicador determinante na formação de casais a partir do século

XVIII, demonstram que a cultura humana recomenda que o viver em casal seja um importante recurso ou de construção de felicidade ou de evitação de infelicidade para a maioria das pessoas.

Porém, as motivações para a formação e manutenção dos casais são muito variadas. Tem havido também um importante interesse dos casais contemporâneos em que a relação entre os envolvidos tenha por eixo cada vez mais o desejo recíproco e menos a obrigação. Portanto, o que é importante será determinado pelos desejos dos envolvidos, deixando relegado ao segundo plano às hipocrisias sociais estabelecidas pelas relações familiares de outrora.

Isso tem como consequência uma vinculação cada vez mais frágil nas relações de casais. Assim, a análise dos conteúdos das entrevistadas, demonstrou que oito das dez entrevistadas, iniciaram como profissional do sexo por necessidade financeira após terem sido abandonadas pelo marido e este não ter pagado pensão para ajudar a sustentar os filhos. Pois, estas mulheres no período em que ficaram casadas, se submeteram ao ponto de vista dos maridos, que não aceitavam que estudassem e trabalhassem, e viveram para cuidar dos filhos e do marido. Aos serem abandonadas se viram à margem da sociedade e excluídas socialmente do acesso aos empregos que possibilitasse a elas uma autonomia financeira, pois não tiveram acesso à educação. Na luta pela sobrevivência, a saída encontrada foi se tornar profissional do sexo, profissão carregada de estigmas e preconceitos sociais, que nem sempre é aceito facilmente por elas próprias -“... estou nessa profissão há 10 anos. Comecei há dez anos atrás, depois da separação com o marido” (E1); “... estou nessa profissão há 4 anos. Quando comecei nessa vida, eu estava passando por muitas dificuldades, pois estava desempregada. Foi para sobreviver” (E3); “... eu comecei nessa profissão desde que me separei. Nunca trabalhei antes. Tenho 4 filhos. Comecei a trabalhar por necessidade.

Atualmente trabalho em um bar, no qual hoje sou gerente. De vez em quando faço programas. Mas, só quando aparece” (E7); “... faz 6 anos que estou nessa profissão. Eu comecei nessa profissão com 14 anos. Comecei nessa profissão por necessidade. Em casa estávamos passando por muitas dificuldades e necessidades...” (E8); “... estou nessa profissão há 3 anos. No começo, eu estava desempregada e daí comecei” (E9).

Porém, três entrevistadas até tentaram trabalhar como domésticas, após a separação, mas desistiram por terem sido humilhadas no emprego e preferiram a profissão de profissional do sexo. Isso fica evidente no relato de (E4), a seguir: “... estou nessa vida há 7 anos. Eu já fui casada e fui trocada por outra pelo meu ex-marido. Minha filha tinha 15 dias de nascida, eu tava operada. Não conhecia ninguém. Tenho 5 filhos. Aí eu não sabia ler e nem escrever. Aí fui trabalhar de empregada, fui muito humilhada. Mas, eu entrei nessa vida por necessidade. Mas, estava passando necessidade, sem

saber ler, com os filhos sem ter o que comer, daí conheci um rapaz que me ofereceu 30,00. Foi aí que eu aceitei. Estava precisando para comprar comida para os meus filhos e aceitei. Desde lá, fiquei nessa vida".

Outro fator que aparece como determinante na opção de ter-se tornado profissional do sexo, é a flexibilização dos horários de trabalho e a disponibilidade de tempo para cuidar dos filhos. A preocupação se dá por parte da entrevistada em não somente dar o sustento aos filhos, mas além de tudo estar presente e não deixá-los só “... eu entrei nessa profissão quando me separei do meu ex-marido. Para mim foi muito difícil, pois eu não trabalhava e tinha 4 filhos para criar. E eu pensava: que se eu arrumasse um trabalho, quem iria reparar os meus filhos, né? Essa foi a profissão que arrumei para não prejudicar nem os meus filhos e nem a mim, em relação a deixá-los só. Eu estou nessa vida, porque tenho os meus 4 filhos para sustentar. O pai deles não dá nada. Eu acho que isso não é vida pra mim...” (E6);

Mas, uma das entrevistadas relata que iniciou nessa profissão não por necessidade financeira e sim por outros motivos. Segundo ela, foi por diversão e para conhecer pessoas: “... estou nessa profissão há 9 anos. Depois da separação, comecei a sair, conhecer outras pessoas. Comecei nessa profissão por diversão. Pois, acho divertido e gosto de prestar atenção nas pessoas e ouvir o que os clientes me contam. Pois, sempre tive um emprego fixo durante o dia. E nunca me prostituí por necessidade e sim porque gosto. Pois, no meu primeiro casamento me achava feia e sem graça. Quando comecei a despertar o desejo dos homens, comecei a me sentir bonita e isso me fez bem” (E2). Verifica-se nesse relato a sexualidade a serviço do narcisismo.

Porém, não é somente a necessidade de comida e luta pela sobrevivência que leva algumas mulheres à profissão de profissional do sexo. O relato abaixo mostra que a possibilidade de ganhar dinheiro para ter acesso ao consumo de mercadorias da moda que a família com escassos recursos não tem como proporcionar às adolescentes, atraem algumas para esse tipo de trabalho. É a necessidade de consumo a serviço do narcisismo, para se sentir mais aceita e menos excluída socialmente. O que é uma contradição, já que para se atingir o objetivo do consumo, acaba se submetendo a uma profissão cheia de estigmas e preconceitos, que a leva a uma outra forma de exclusão social “... a primeira vez em que me ofereceram dinheiro eu já estava com 18 anos, mas eu não aceitei. O que me levou para a prostituição foram as amigas, as más companhias, eu acho. Eu não precisava de dinheiro para me sustentar. Queria dinheiro para comprar as minhas coisas, coisas que o meu pai não me dava. Pois, era muito caro para pedir e eu tinha vontade. Eu já trabalhei por 2 anos em Manaus em casa de família. Mas, depois que eu conheci esse meu namorado, não tenho mais

vontade de fazer isso. Ele não sabe da vida que eu levava. Eu não tenho coragem de contar para ele. Tenho medo dele saber e de não me querer, entendeu?...”(E5).

E para se falar de desejo, se torna imprescindível que se aborde a questão da construção da subjetividade humana. Todo ser humano é determinado por inúmeros fatores, como os psicológicos, sociais, econômicos e culturais.

Ao se estudar as relações de casais, é indispensável que se faça uma distinção entre sexo e gênero. Pois, sexo se refere a um fato biológico (reprodução) e gênero se refere a uma construção social, onde estão inseridas as características culturais e psíquicas e o significado que cada sociedade atribui, de forma diferenciada, a mulheres e homens (valores, sentimentos, condutas, etc) (TURKENICZ,1995).

São as questões de gênero que condicionam e submetem às mulheres a segundo plano no que se refere a busca de sua autonomia emocional e financeira. Tudo isso foi construído socialmente ao longo de anos e que só será possível que essas representações sociais sejam reconstruídas com a participação de todos os atores envolvidos e num processo lento.

Porém, é durante o desenvolvimento que irá se estruturar o sistema narcisista intrapsíquico, que terá um grande papel no determinismo psíquico em relação às escolhas objetais (todos os tipos de escolhas, incluindo as escolhas amorosas ao longo da vida) e no sentimento de auto-estima.

Para Bleichmar (1985), o campo narcisista se estrutura no sujeito no contexto intersubjetivo no qual as mensagens do outro significativo e as experiências de menosprezo ou de preferência sistemática o marcam profundamente e que se determina sobre a seguinte base:

- a) uma lógica da preferência e do menosprezo;
- b) o desejo de ocupar o lugar de privilégio para outro;
- c) os atributos que se deve possuir como meios para realizar esse desejo.

Dessuant (1992), relata que outro fator importante no determinismo psíquico que não pode ser deixado de lado, é que o princípio de prazer-desprazer rege o funcionamento mental. Além do princípio de prazer, encontra-se algo da ordem de uma força, de uma pulsão incoercível e inconsciente que leva o sujeito, em alguns casos, a se colocar ativamente em situações desprazerosas. Mesmo que ele tenha o sentimento consciente de que o que coloca neste tipo de situação seja motivado por uma experiência atual, o sujeito repete inconscientemente experiências passadas.

Sem que seja levado em conta todos os fatores envolvidos na formação de casais e nos relacionamentos intersubjetivos, se torna impraticável qualquer tipo de análise.

Mas, para se compreender as relações objetais é preciso abordar o processo dinâmico em que ocorre a pulsão. A pulsão é concebida como um processo dinâmico, consistindo em um impulso que induz o organismo a desenvolver uma atividade particular, cujo objetivo é de suprimir o estado de tensão, pela descarga que está na origem da pulsão. O objeto da pulsão lhe permite atingir seu alvo. O termo objeto deve ser compreendido aqui na sua acepção clássica: ser ou coisa a quem se dirige um sentimento (objeto de desejo, objeto de ódio...). O objeto pode ser uma pessoa; um objeto total (DESSUANT, 1992).

Além da compreensão da pulsão como processo dinâmico, é preciso que se faça menção às energias psíquicas e sua diferenciação. Para Freud (vol XIX-1914-1916), no tocante à diferenciação das energias psíquicas, a princípio, durante o estado de narcisismo, elas existem em conjunto, sendo difícil estabelecer uma distinção entre elas. Somente quando há catexia objetual é que é possível discriminar uma energia sexual- a libido - de uma energia dos instintos do ego.

Dessuant (1992), relata que a libido foi definida por Freud como a energia da pulsão sexual, concebida como uma força que exerce um impulso. Ela pode investir o outro enquanto objeto externo, que é a libido do objeto. Inversamente, a libido pode tomar como objeto a própria pessoa, isto é, o próprio sujeito. Denominamo-la, neste caso, de libido ao ego ou ainda libido narcísica. Sendo que o organismo sempre mantém o equilíbrio: a libido do objeto diminui quando a libido narcísica aumenta, e vice-versa.

O sistema narcisista intrapsíquico de cada sujeito se constitui através de elementos inter-relacionados. Esse sistema narcisista, que entra em intercâmbio com os sistemas narcisistas dos outros sujeitos, está integrado: a) pelas representações narcisistas do ego; b) pelas representações dos objetos da atividade narcisista; c) pelas representações das possessões narcisistas do ego; pelas regras para construir representações; e) pelo sistema de ideais, pela instância crítica e pelos meta ideais (BLEICHMAR, 1985).

Para Dessuant (1992), o amor é, na sua origem, essencialmente narcísico e é somente quando transborda para o exterior - respondendo assim a uma necessidade (a criança é um todo narcísico ao qual o externo se impõe) - que se torna amor objetual.

Mas, as escolhas, preferências e diferenças só adquirem importância na medida em que ocorre o seguinte processo: sem atributos que possam diferenciar-se não há desejo nem

preferência possível, mas, por sua vez, sem as preferências as diferenças seriam meramente cognitivas ou perceptíveis e sem importância afetiva (BLEICHMAR,1985).

Dessuant (1992), conclui que o amor-próprio está na origem de todo amor. A energia pulsional libidinal encontra sua fonte nas múltiplas zonas erógenas. Na origem, a libido situa-se inteiramente no ego. Este último parece primeiramente como reservatório de energia libidinal e parece se comportar secundariamente como uma fonte de libido frente aos objetos. Ele pode ser considerado nestes termos como distribuidor de energia. É somente quando ultrapassa os limites do ego, que o amor torna-se objetal. O ego é classicamente, o primeiro objeto visado pela energia libidinal (narcisismo primário). Se assim é, pode-se considerar as pulsões do ego (autoconservação) como sendo o elemento narcísico da pulsão sexual.

Segundo Freud (vol XIX-1914-1916), se torna absolutamente necessário para a nossa vida mental ultrapassar os limites do narcisismo e ligar a libido a objetos. Isso ocorre quando a catexia do ego com a libido excede certa quantidade. Um egoísmo forte constitui uma proteção contra o adoecer, mas, num último recurso, deve-se começar a amar a fim de não adoecer, e está destinado a cair doente se, em consequência da frustração, as pessoas se tornarem incapazes de amar.

Para Bleichmar (1985), o bem-estar corporal é interpretado a partir da perspectiva do narcisismo, passando-se a vê-lo como mérito do ego. Daí que, ao mal-estar de qualquer doença, junta-se a injúria narcisista de não possuir um corpo são como o dos demais “...ele deixou de usar camisinha, pois diz que não tem nada, porque ele é doador de sangue. E eu não consigo negociar e acabo aceitando. Mas, não confio...” (E6).

4041

Portanto, é necessário o desenvolvimento de estratégias para a prevenção que levem a identificação das pessoas ao discurso que está sendo proferido. Pois, enquanto as pessoas não se identificarem e considerarem tudo como sendo do “outro”, não haverá mudança dos comportamentos, atitudes e práticas sexuais “... eu nunca conversei com ele sobre camisinha e o porquê de não usarmos sempre. Acontece naturalmente. Eu não ligo para isso. Eu confio nele. E nem penso em doenças em relação a ele...” (E5).

Assim, o bem-estar corporal é interpretado a partir da perspectiva do narcisismo, passando-se a vê-lo como mérito do ego. Daí que, ao mal-estar de qualquer doença, junta-se a injúria narcisista de não possuir um corpo são como o dos demais (BLEICHMAR, 1985).

E se a princípio, as entrevistadas não conseguiram negociar o uso do preservativo, pois os parceiros alegavam não ter doença e serem fiéis. No momento em que se contaminaram e

fizeram o tratamento da IST, adotaram novas estratégias de negociação do uso de preservativo, o que as levou a práticas sexuais de forma mais segura. Sendo que nos relatos verifica-se que a forma que encontraram de negociar o uso do preservativo, foi se recusando de ter relações sexuais sem o uso do preservativo. *"... No começo tive dificuldades, mas atualmente só mantenho relações sexuais com camisinha. Depois de ter pego IST, não confio mais ..."*(E1); *"... usamos preservativos em todas as relações sexuais. Ele já tentou ter relações sexuais sem camisinha, mas eu não aceito. Agora ele já está acostumado. Eu perco o marido, mas não aceito transar sem camisinha. Não tenho medo de perdê-lo. Mas, eu não era assim. Pois, no meu primeiro casamento, eu não usava camisinha. Eu não tinha informação. Não sabia nem o que era camisinha. Mas, depois que tive problemas de saúde e a médica me explicou, daí não tive mais relações sem camisinha. Eu tive câncer no útero, há 6 anos e fui para Manaus. Pois, antes eu não sabia de nada. Eu já estava separada quando tive o câncer no útero. Eu deixaria de ficar com qualquer homem, pois eu prefiro a minha saúde..."* (E7).

Freud (vol XIX-1914-1916), ao avaliar a influência da doença orgânica sobre a distribuição da libido, seguiu uma sugestão que foi feita verbalmente por Sándor Ferenczi. Segundo ele, é do conhecimento de todos, que uma pessoa atormentada por dor e mal-estar orgânico deixa de se interessar pelas coisas do mundo externo, na medida em que não dizem respeito a seu sofrimento. Uma observação mais detida demonstra que ela também retira o interesse libidinal de seus objetos amorosos: enquanto sofre, deixa de amar. E esse fato foi traduzido em termos da teoria da libido. Que o homem enfermo retira suas catexias libidinais de volta para seu próprio ego, e as põe para fora novamente quando se recupera. Aqui a libido e o interesse do ego partilham do mesmo destino e são mais uma vez indistinguíveis entre si. O egoísmo familiar do enfermo abrange os dois.

Assim, o que se verifica nas falas de (E1) e (E7) é que no período em que contraíram a IST do parceiro fixo, ocorreu à retirada de suas catexias libidinais investidas no objeto amoroso e o investimento desta no próprio ego, o que possibilitou o reinvestimento narcísico. Esse processo possibilitou o aumento da libido do ego, que foi investida na cura e na reflexão crítica de suas atitudes e práticas sexuais.

Pois, a catexia objetual libidinal não eleva a auto-estima, pois a dependência ao objeto amado tem como efeito a redução daquele sentimento. Um indivíduo que ama priva-se, por assim dizer, de uma parte de seu narcisismo, que só pode ser substituída pelo amor de outra pessoa por ele. Mas, como ocorreu o rompimento do pacto de fidelidade e a consequente contaminação da IST, o objeto amoroso que antes fora idealizado, perde a sua condição de

excelência, tornando-se não confiável e traiçoeiro, o que acarreta em um rebaixamento da autoestima.

Porém, a enfermidade não tem o mesmo efeito para todas as pessoas. Isso fica evidenciado no relato abaixo, em que a entrevistada após ter contraído uma IST do namorado, o máximo que conseguiu na negociação com o parceiro, foi de exigir que ele fizesse o exame de HIV “... peguei gonorreia no ano passado com esse meu namorado. Pois, ele nunca aceitou usar camisinha. Depois da infecção consegui obrigá-lo a fazer os exames de sífilis e HIV. Mas, fazer ele usar a camisinha é muito difícil. Ele até já tentou usar, mas ele diz que aperta e no momento ele não conseguiu ter ereção. Tentamos outras vezes, mais nada. Ele não consegue ter ereções com camisinha. Acho que é psicológico, é da cabeça dele Antigamente as pessoas usavam camisinha mais para evitar filho. É difícil enfiar na cabeça de um adulto que ele tem que mudar. Com cliente que não quer usar camisinha, eu falo: você já imaginou se eu tiver contaminada e você levar doença para casa? Daí fica mais fácil de convencê-lo” (E2).

Porém, já que o investimento libidinal primitivo do ego persiste durante toda a vida, sem que nenhum investimento de objeto consiga anulá-lo totalmente, o narcisismo não deve ser considerado como uma etapa transitória, mas sim como uma estase normal da libido. A este respeito intervém a hipótese freudiana do balanceamento energético entre as duas formas de libido; quando do investimento objetal, a libido do ego se empobrece em proveito daquela do objeto e vice-versa (DESSUANT, 1992).

Segundo Bleichmar (1985), a estruturação do narcisismo e sua integração em determinado sujeito possibilitará a esse, que nas relações de objeto desenvolvidas ao longo de sua vida, o objeto possa se constituir a partir das seguintes formas (sendo que estas formas podem ocorrer simultaneamente ou não): em objeto da necessidade, em objeto erótico e em objeto desejanse.

Ao abordar a questão do narcisismo na vida amorosa do homem e da mulher, Dessuant (1992), supõe o reconhecimento, desde a primeira infância, de uma possibilidade de escolha de objeto amoroso. A noção de escolha na psicanálise não recobre exatamente o sentido que lhe é geralmente dado; segundo o qual um sujeito, no exercício consciente de sua liberdade, daria sua preferência a um objeto, descartando os outros. A escolha de que se trata aqui segue as regras do determinismo psíquico, em função do qual, segundo Freud (segundo inclusive, Spinoza), é-nos dada apenas a impressão de liberdade. As causas que nos fazem agir continuam,

geralmente, inconscientes e a escolha não intencional mostra-se, na análise, determinada por razões que escapam à consciência.

Freud (vol XIX-1914-1916), teorizou que um ser humano tem originalmente dois objetos sexuais- ele próprio e a mulher que cuida dele - e ao fazê-lo postulou a existência de um narcisismo primário em todos, o qual, em alguns casos, pode manifestar-se de forma dominante em sua escolha objetal. E mencionou que uma pessoa pode amar: em conformidade com o tipo narcisista: o que ela própria é (isto é, ela mesma); o que ela própria foi; o que ela própria gostaria de ser; alguém que foi uma vez parte dela mesma. Em conformidade com o tipo anaclítico (de ligação): a mulher que a alimenta; o homem que a protege.

Sendo que essa escolha psiquicamente determinada será, por sua vez, determinante para o futuro do sujeito. A escolha de objeto pode referir-se a um objeto específico, por exemplo, a mãe. Ela pode, do mesmo modo, designar um tipo específico de escolha, ou seja, de uma escolha de objeto homossexual ou heterossexual. A modalidade da escolha tem sua importância, pois poderá ser a escolha de objeto narcísico ou a escolha de objeto por apoio (DESSUANT,1992).

Segundo Freud (vol XIX- 1914-1916), no amor objetal completo do tipo de ligação, é exibida uma acentuada supervalorização sexual que se origina, sem dúvida, do narcisismo original da criança, correspondendo assim a uma transferência desse narcisismo para o objeto sexual. Essa supervalorização sexual é a origem do estado peculiar de uma pessoa apaixonada, um estado que sugere uma compulsão neurótica, cuja origem pode, portanto, ser encontrada num empobrecimento do ego em relação à libido em favor do objeto amoroso.

A partir da psicodinâmica estabelecida pelo casal, Bleichmar (1985), relata que os integrantes do casal de amantes parecem funcionar na sua primeira etapa com as características do sujeito desejante incondicional ou, no caso de que se constitua por referência a um terceiro que se exclui, como sujeito que escolhem. A emergência no sujeito desejante de condições para oferecer seu amor ou a irrupção de um terceiro que o tome instável a posição de preferido criam tensão no campo narcisista. Tendo em conta esse último aspecto, o casal monogâmico pode ser considerado uma organização apaziguadora da tensão narcisista na medida em que a preferência é assegurada através de uma lei que a torna obrigatória uma vez constituído como casal. Ao estabelecer que para cada qual, reorganiza-se o campo narcisista em duplas, o que diminui a possibilidade de postergação. O fato de a lei ser infringida não nega a função que cumpre, e é por isso que os casais se encontram com casais, e se afasta sutilmente o número ímpar “... *Eu confio nele. Ele fala que não anda com mulher por ai e eu confio nele. Me sinto mal de pedir*

para o meu namorado usar camisinha. Ele logo me pergunta, quando peço para ele usar camisinha: por que, você está com doença, é?. Daí eu respondo: Não, eu não tenho doença, mas tenho medo de você andar por aí com outras mulheres e pegar doença e passar para mim. E ele diz que não sai com outras mulheres. Daí eu já penso: poxa, ele já está desconfiando de mim e me sinto mal...” (E8).

E nesse processo complexo que são as relações objetais, o homem adulto transfere sobre o objeto sexual eleito seu narcisismo originário, o que se traduz, entre outras atitudes, pela superestimação sexual do objeto característico do desejo amoroso. A superestimação está na origem da paixão amorosa, estado de renúncia libidinal, durante o qual o ego parece se esvaziar, às vezes dolorosamente, de sua libido em favor do objeto (Goethe, entre outros, descreveu muito bem este estado em *Os sofrimentos do jovem Werther*) (DESSUANT,1992).

Porém, para se analisar todos os fatores envolvidos nesse processo complexo que são as relações objetais é necessário, segundo Bleichmar (1985), abordar os relacionamentos amorosos, baseados em uma concepção de amor (como verdadeira economia da circulação do desejo), e possibilitar que a problemática do ciúme e da rivalidade sejam vistas a partir do sistema intersubjetivo e não no sujeito que os apresenta. Pois, não se pode esquecer que o sistema intersubjetivo se constrói dentro da cultura, que por si só já tem seus próprios determinantes.

Mas, não é somente nas relações amorosas que se obtém satisfação. Para Dessuant (1992), o filho, segundo Freud, “é uma parte de seu próprio corpo que se lhes apresenta como um objeto distinto, ao qual elas podem agora, partindo do próprio narcisismo, dar o pleno amor objetal”. Essas mulheres experimentarão a necessidade de submeter ao encantamento de todos sua criação, esperando obter uma parte da admiração. Mesmo atualmente a valorização social da mulher continua ligada à maternidade.

As atividades ou funções do sujeito constituem-se através do contato com os objetos e isso ocorre desde as primeiras atividades do lactente até as atividades desenvolvidas posteriormente ao longo da vida, com o acréscimo de que aparece o olhar do outro para cauterizar com o reconhecimento narcisista tanto a função como o objeto (BLEICHMAR,1985).

Segundo Bleichmar (1985), se o narcisismo é uma força constante no psiquismo que busca continuamente sua satisfação - quase uma pulsão nesse aspecto -o sujeito tenderá incessantemente ao encontro com os que podem ser chamados de *objetos da atividade narcisista*, ou seja, os que permitem que essa realize-se. Sendo que a ausência do objeto da atividade narcisista deixará um vazio de objeto para realizar a atividade na qual reconhecem-se eficientes e na qual seu ego aproxima-se do ideal.

Todavia, é graças a seu ideal de ego que a criança conquista o amor e a estima do outro. Seu ideal traduz o amor que ela deseja obter dos objetos externos. Por esta razão, o ideal participa também dos vínculos objetivos positivos e se inscreve nas relações objetivos (DESSUANT,1992).

Por outro lado, o ego ideal caracteriza-se pela incondicionalidade da admiração do outro. Sua perfeição está fora de qualquer discussão, de qualquer análise pormenorizada de seus atributos que pudessem ser contrastados com parâmetros de avaliação. É essa incondicionalidade da admiração do outro - ausência de requisitos que devam ser satisfeitos -o que converte alguém num ego ideal (BLEICHMAR, 1985).

Sendo que, a idealização do objeto permite atribuir-lhe qualidades dignas da perfeição. “Amamos o objeto pelas perfeições que desejamos ao próprio ego e procuramos através desse desvio satisfazer o próprio narcisismo” (Freud, “Psicologia de grupo e análise do ego”,1921).É desta forma, por exemplo, que se constitui a maioria daquilo que chamamos de belos casais, onde cada um encontra no outro sua própria perfeição ideal (DESSUANT, 1992).

Para Freud (vol XIX-1914-1916), a idealização é um processo que diz respeito ao objeto; por ela, esse objeto, sem qualquer alteração em sua natureza, é engrandecido e exaltado na mente do indivíduo. A idealização é possível tanto na esfera da libido do ego quanto na da libido objetal. Por exemplo, a supervalorização sexual de um objeto é uma idealização do mesmo.

Para Bleichmar (1985), O ego ideal e o apaixonamento produzem-se também por um discurso totalizante, mas com diminuição ou até abolição das críticas, que são substituídas pela admiração.

Dessuant (1992), relata que na cegueira da paixão amorosa o objeto substitui o ideal. Se a satisfação sexual não intervém para levar, como geralmente ocorre, o objeto sexualmente supervalorizado às suas justas proporções, o processo de idealização prossegue, o objeto parece atrair sobre si toda a libido do sujeito, deixando-lhe um ego sacrificado e empobrecido. “O objeto, diz Freud, absorve, devora, por assim dizer, o ego”. Mesmo quando não há esta paixão extrema, o desejo insatisfeito permite a permanência da idealização.

Mas o sexo pode estar a serviço do narcisismo para as mulheres profissionais do sexo. Por isso, existe a expressão “sabe fazer o amor” que não se refere ao prazer que o sujeito obtém com seu órgão sexual, mas sim que provoca o desejo, que desperta a admiração no outro. É um

juízo sobre o ego no qual o sexo é um instrumento a serviço do narcisismo (BLEICHMAR, 1985).

Para Freud (vol XIX - 1914-1916), o desenvolvimento do ego consiste num afastamento do narcisismo primário e dá margem a uma vigorosa tentativa de recuperação desse estado. Esse afastamento é ocasionado pelo deslocamento da libido em direção a um ideal do ego imposto de fora, sendo a satisfação provocada pela realização desse ideal.

Porém, no caso dos namorados que convertem a pessoa amada num ser ideal, e a coloca acima de qualquer exame crítico, ocupando o lugar de ideal do ego, mesmo os desvios por parte do objeto de amor com relação aos padrões culturais, morais, intelectuais ou estéticos serão definidos positivamente. O ego ideal que é o objeto de amor para o apaixonado, possui, segundo Freud, uma característica essencial: a crítica deixa praticamente de funcionar, e tudo o que se faça está bem, não merecendo objeção. (BLEICHMAR, 1985) -No discurso a seguir evidenciam-se o processo de idealização em que o parceiro é colocado acima de qualquer análise ou exame crítico - “... *Eu não ligo. Eu nunca conversei com ele sobre camisinha e o porquê de não usarmos sempre. Acontece naturalmente. Eu não ligo para isso. Eu confio nele. E nem penso em doenças em relação a ele...*” (E5). Para Bleichmar (1985), o ego ideal que é o objeto de amor para o apaixonado, possui, segundo Freud, uma característica essencial: a crítica deixa praticamente de funcionar, e tudo o que se faça está bem, não merecendo objeção.

4047

Segundo Freud (vol XIX - 1914-1916), é fácil observar que a catexia objetal libidinal não eleva a auto-estima. A dependência ao objeto amado tem como efeito a redução daquele sentimento: uma pessoa apaixonada é humilde. Um indivíduo que ama priva-se, por assim dizer, de uma parte de seu narcisismo, que só pode ser substituída pelo amor de outra pessoa por ele. Sob todos esses aspectos, a auto-estima parece ficar relacionada com o elemento narcisista do amor.

Dessuant (1992), ao abordar a questão do narcisismo e da auto-estima, menciona que um sólido sentimento de auto-estima parece ser a condição para um vida possível, no qual viver em harmonia consigo mesmo e com os outros é o mínimo de exigência à qual todo indivíduo pode aspirar. Uma parte da auto-estima é um legado direto do narcisismo infantil. Sabemos, com efeito, que durante toda sua vida, o homem está destinado a lidar com a libido que continua ligada à sua própria pessoa e que demanda satisfação. Uma outra parte da auto-estima provém das chances da onipotência infantil ser confirmada pela realização, na realidade, do ideal. O intenso contentamento que nasce do sucesso mostra bem a origem narcísica da auto-estima.

Ao se abordar os sentimentos desencadeados na negociação do uso do preservativo com parceiro fixo, se torna imprescindível que seja abordada a questão complexa da auto-estima. Freud (vol XIX - 1914-1916), relata que uma parte da auto-estima é primária, o resíduo do narcisismo infantil; outra parte decorre da onipotência que é corroborada pela experiência (a realização do ideal do ego), enquanto uma terceira parte provém da satisfação da libido-objetal. No relato a seguir verifica-se que há uma auto-estima primária, que independe da relação objetal. No qual o amor próprio e a saúde estão em primeiro lugar—“...É tranquilo para mim exigir o uso do preservativo, pois a minha saúde vem em primeiro lugar...”(E7); - Segundo Freud (1914-1916), em primeiro lugar, parece-nos que a auto-estima expressa o tamanho do ego; os vários elementos que irão determinar esse tamanho são aqui irrelevantes. Tudo o que uma pessoa possui ou realiza, todo remanescente do sentimento primitivo de onipotência que sua experiência tenha confirmado, ajuda-a a aumentar sua auto-estima. Aplicando nossa distinção entre os instintos sexuais e os do ego, devemos reconhecer que a auto-estima depende intimamente da libido narcisista. (...) e o de que, nas relações amorosas, o fato de não ser amado reduz os sentimentos de auto-estima, enquanto que o de ser amado os aumenta. Como já tivemos ocasião de assinalar, a finalidade e satisfação em uma escolha objetal narcisista consiste em ser amado.

Finalmente, o sentimento de auto-estima alimenta-se da satisfação da libido do objeto. Se os "investimentos amorosos, escreve Freud, estão em conformidade com o ego (...ser amado, amar, possuir o objeto amado elevam este sentimento", haverá um aumento no sentimento de auto-estima. Sendo que a auto-estima estará condicionada a alguns determinantes. Isto é particularmente claro na criança que perde facilmente a auto-estima quando perde o amor do outro, reencontrando-a quando novamente amada (DESSUANT,1992).

Porém, segundo Freud (vol XIX- 1914-1916), o estar apaixonado consiste num fluir da libido do ego em direção ao objeto. Tem o poder de remover as repressões e de reinstalar as repressões e de reinstalar as perversões. Exalta o objeto sexual transformando-o num ideal sexual. Visto que, com o tipo objetal (ou tipo de ligação), o estar apaixonado ocorre em virtude da realização das condições infantis para amar, podemos dizer que qualquer coisa que satisfaça essa condição é idealizada.

Sendo que o exame do ego ideal e da força impulsora do discurso totalizante, daquilo que o mantém possibilita abordar o problema: Trata-se aqui do poder da catexia narcisista, que, vindo desde o outro, carrega o sujeito com o prazer do reconhecimento, do desejo de ser tudo

para o outro. Através da ilusão de que se é um ego ideal estar-se-ia garantindo a incondicionalidade do amor do outro, já que não haveria ninguém que pudesse superá-lo. O objeto de amor não teria por que dirigir seu olhar para um terceiro, pois o ego lhe oferece tudo o que seja de valor. O ego ideal exclui o terceiro, o aniquila com sua perfeição, sendo portanto, garantia da posse do amor (BLEICHMAR,1985).

Porém, há um outro mecanismo que possibilita satisfação ou não a partir das relações objetais. Para Bleichmar (1985), o sujeito pode estabelecer uma relação com os objetos na qual a valoração que atribua a esses seja vivida como se fosse somada algebricamente à do ego, o qual aparece assim compartilhando os méritos ou falhas do objeto. Nesse tipo de relação, o brilho do objeto lança seu reflexo sobre o ego. Sendo que todos esses objetos constituem possessões narcisistas do ego, já que é a posse dos mesmos a razão do traslado de valorações. Ex: meu marido, minha esposa, meu filho.

Porém, existem outros mecanismos (de crenças) além da idealização. Ainda para o mesmo autor, se tomarmos agora outro discurso totalizante, o do tipo ciumento, observamos que nele entrecruzam-se uma série de crenças: o objeto de amor é traiçoeiro e prefere outro, que fica convertido em ego ideal-rival, considerado superior frente ao ego do sujeito.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

De acordo com as informações, compreendeu-se que o repasse de informações sobre prevenção às IST/HIV/Aids à população de uma forma geral, é importante e necessária, porém não é suficiente para promover a alteração comportamental que leve à práticas sexuais mais seguras.

Verificou-se pela pesquisa que o processo de sensibilização à prevenção das IST promovida pelo Projeto Princesinha levou a atitudes e práticas de sexo seguro, somente nas relações sexuais com os clientes em que a afetividade não está presente. Nas relações sexuais com parceiro fixo, devido às representações sociais e psicológicas ligadas às relações monogâmicas que têm intrínseco o pacto de fidelidade, a sensibilização não foi suficiente para levar à prática do sexo seguro.

Um dos fatores envolvidos na dificuldade de negociação do preservativo com o parceiro fixo e que está diretamente relacionado aos Programas de Prevenção às IST/HIV/Aids desenvolvidos até o momento é que as abordagens utilizadas não levam o público-alvo à se identificar com o discurso da prevenção.

É preciso que se desenvolvam abordagens mais adequadas a cada grupo específico em que o grupo se identifique com o discurso proferido pelo palestrante. Pois, a mulher profissional do sexo até se identifica e se vê numa situação de risco ao transar sem camisinha com o cliente, porém quando se trata do parceiro fixo em que está envolvido o emocional e a afetividade, a questão de identificação se torna complexa.

Os aspectos mencionados acima, refletem historicamente a forma como foram trabalhadas as informações sobre a Aids desde a sua origem. Ao relacioná-la à homossexualidade, prostitutas e usuários de drogas, difundiu-se a ideia de que pessoas que tinham relações sexuais monogâmicas sem camisinha, não estavam correndo riscos.

Alertar a população de que o maior número de pessoas contaminadas atualmente pelo vírus do HIV são mulheres que tem parceria fixa, tem sido considerada medida inócua e sem resultados. Pois, mais uma vez nos deparamos com a questão psicológica da não identificação com o discurso proferido. Pois, nas relações amorosas em virtude da idealização do parceiro, este é colocado em uma posição acima de qualquer crítica, pois é considerado perfeito e acima de qualquer suspeita.

Outro fator que interfere na negociação do uso do preservativo é relacionar nos discursos sobre prevenção a ideia da IST à traição. O que não necessariamente acontece, pois muitas doenças são assintomáticas e ficam dentro do organismo por um longo tempo antes de serem descobertas. Como grande parte dos relacionamentos estabelecidos na atualidade não tem uma longa duração, a chance do diagnóstico ocorrer em futuros relacionamentos é enorme. O que gera dúvida e desconfiança. Por isso, a informação é o melhor caminho para que se abra uma possibilidade de diálogo dentro do relacionamento que respaldem na confiança e no respeito mútuo.

Nos discursos de traição e de quebra de fidelidade, assim como o discurso de possibilidade de se estar com alguma doença, estes entrarão em conflito com a questão do narcisismo do sujeito. "Tudo acontece com os outros", pois pensar na possibilidade de uma doença, é causar uma injúria narcisista ao objeto que é idealizado e perfeito.

Cogitar a possibilidade de uma traição é se colocar numa situação de preterido, que causa um rebaixamento da auto-estima, em virtude da libido objetal investida no parceiro fixo em detrimento da libido que poderia ter sido investida no ego.

Mas, a complexidade das relações se dá devido aos inúmeros fatores inter-relacionados e implicados nesse processo, que são os fatores socioeconômicos, culturais e psicológicos.

Um dos fatores culturais é a questão da vivência da sexualidade feminina ser condicionada ao afeto, o que não ocorre com os homens. Além dessa vivência ocorrer de forma a sempre silenciar-se e conformar-se ao ponto de vista do homem “androcentrismo”, desconsiderando os seus sentimentos e aceitando a situação para não perder o parceiro fixo e com isso, perder o status social que essa relação lhe confere, o apoio emocional e financeiro.

Mas, não se pode desenvolver cidadãs plenas se estas não tiverem acesso a educação e informação, que lhe possibilite melhores empregos e autonomia, para que diminua a sua dependência econômica e a partir disso elas possam procurar assistência médica e psicológica para uma menor dependência emocional e um melhor cuidado à saúde.

Portanto, a realização desta pesquisa trouxe importância para ambos os interessados (pesquisadora e participantes). Devido as diversas informações que corresponderam a conteúdos significativos e simbólicos, ou seja, uma troca mútua de conhecimentos. Essa pesquisa possibilitou uma reflexão nas práticas desenvolvidas pelo Projeto Princesinha/Programa Municipal de IST/Aids de Manacapuru, que tem como objetivo aperfeiçoar e aprimorar as abordagens de prevenção às IST/HIV/Aids do município.

Pois, este estudo trouxe a tona o seguinte debate: direcionar as estratégias de intervenção à públicos específicos, é importante e necessária, mas não se torna eficaz, quando não há a identificação ao discurso, por questões sociais e psicológicas. Se torna imprescindível que se forme grupos de discussões, onde possibilite a troca de vivências e experiências de cada grupo.

E se torna cada vez mais necessário que os homens sejam sensibilizados para a adoção de atitudes e práticas sexuais seguras, já que do ponto de vista do androcentrismo são eles quem dão a última palavra. E simultaneamente desenvolver a autonomia, melhorar o acesso das mulheres à informação e a educação, que possibilitem a inserção e a atuação destas como cidadãs plenas com auto-estima e que lutem pelos seus direitos à vivência de sua sexualidade, com saúde e educação.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

PAIVA. **preservativo é mais antigo do que se imagina**, <<http://www.blausiegel.net/divconsumo/historia.htm>>, acesso em 18 de março 2006.

BADIANI, R; Quental, I; Moreira dos Santos, E. **IST/AIDS e a pesquisa nacional de demografia e saúde: uma análise do nível de conhecimento e comportamentos de vulnerabilização**. Rio de Janeiro: BENFAM (Sociedade Civil Bem-estar Familiar no Brasil), 1997.

- BENNETT, FJ. AIDS as a social phenomenon.** Soc Sci Med; 25:529-539,1987.
- BERER, M. Women and HIV/AIDS: an International Resource Book.** Pandora Press,London,1993.
- BLEICHMAR, Hugo. O narcisismo - estudo sobre a enunciação e a gramática inconsciente.**Porto Alegre: Artes Médicas,1985.
- BRASIL. Ministério da Saúde do Brasil. Infecções Sexualmente Transmissíveis - IST. Disponível online:** <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/i/ist2022>
- BRASIL. Ministério da Saúde. www.gov.br/aids. 2023. p. 1-122 Relatório de Monitoramento Clínico do HIV 2022.**
- BRODER, S; Gallo, RC. A pathogenic retrovirus (HTLV-III) linked to AIDS.** N Engl J Med 311:1192-97,1984.
- BUYÉ, A; Carael, M; Hayes, J; Auvert, B; Ferry, N Robinson, S; Anagou,L; Kanhounou,L;Laorou,M;Abega, S;Akan, E; Zekeng, L; Chege, J; Kahibdo, M; Rutemberg; N; Kaona,F; Musoda, R; Sukwa, T; Morinson, L; Wiess, A; Laga, M. The multicentre study on factors determining the differential spread of HIV in four African towns: summary and conclusions.** AIDS 15, pp (Sup 4), 2001.
- CASTILHO,E A et al. IVDU is a key factor for changes in the AIDS epidemic in Brasil.**X Conferência Internacional sobre AIDS, Japão, 1994.
- CDC-Centers for Disease Control. Task force on Kaposi'ssarcoma and opportunistic infection.** N Engl J Med 306:248,1982.
- CN-IST/AIDS 1998b. Boletim epidemiológico aids. Ano XI, número 04. CN-IST/AIDS- Ministério da Saúde, Brasília, 1998.**
- CN-IST/AIDS 1998c. A Epidemia da Aids no Brasil: Situações e Tendências. CN-IST/AIDS- Ministério da Saúde,Brasília,1998.**
- DANIEL,H.Vida antes da Morte/Live before Death.**Rio de Janeiro,Editora.Jaboti,1989.
- DANIEL,H; Parker,R. AIDS a terceira epidemia: ensaios e tentativas.** São Paulo, Editora Iglu,1991.
- DAVIS,KC;Horsburgh, CR; Hasiba, U et al. Acquired immunodeficiency syndrome with haemophilia.** Ann Inter Med 98:284,1983.
- DE VITA, VT; Hellman, S; Rosemberg, SA. AIDS etiology, diagnosis, treatment and prevention.**JB Lippincott Company (2nd edition), 1988.
- DESSUANT,Pierre.O narcisismo.**Rio de Janeiro:Imago Editora,1992.
- DOSSIÊ, Panos. Tripla Ameaca: AIDS e Mulheres (org. bras. ABIA e SOS Corpo).**London.Panos Institute Ltd,1993.

ESSEX, M. **Adult T-Cell leukaemia/lymphoma: Role of a human retrovirus.** *J Natl Cancer Inst* 69:981,1982.

FRANCA JR, I; Paiva, V; Lopes, F; Venturi, G. **Acesso ao teste anti-hiv no Brasil 2003.**A pesquisa nacional MS/IBOPE.

FRANCA JR, I; Paiva, V; Lopes, F; Venturi, G. **Aspectos metodológicos e analíticos da pesquisa MS/IBOPE,Brasil-2003.**

FREUD, Sigmund. **Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud- A história do Movimento Psicanalítico , Artigos sobre Metapsicologia e outros trabalhos.** Rio de Janeiro:Imago,1996,v.14.

GUIMARÃES, CD. **Mulheres, homens e AIDS: o visível e o invisível** in Parker RG et al,*AIDS no Brasil*, Relume-Dumará, ABIA, IMS/UERJ,Rio de Janeiro,1994.

Histórico da Aids: Uma história de lutas, decepções, guerra de vaidades e coragem.<http://boasaude.uol.com.br/lib/showdoc.cfm?libdocid=3838&returncatid=59>, acesso em 19 de fev. 2006.

HOLTZMAN,D; Bland, S; Lansky, A; Mack, K. **HIV related behaviors and perceptions among adults in 25 states: 1997 behavioral riskfactors surveillance system.** *American Journal of Public Helth.* Vol 91 (11)Nov 2001. pp 1882-1888.

JANZEN, JM. **The quest for therapy. Medical pluralism in lower Zaire.** University of California Press. Berkeley, 1987.

JEMMOTT, LS; Jemmott, JB. **Applying the theory of reasoned action to AIDS risk behavior:Condom use among Black women.** *Nursing Research*, 40, 228-235,1991.

Jornal do Brasil, por Araújo Neto. “**Campanha sobre Aids enfurece Vaticano, 28 Julho 1988**”,pág.13.

KALICHMAN, A. O. **Vigilância epidemiológica de AIDS: recuperação histórica de conceitos e práticas.** S.P., 1993; Dissertação de mestrado / FMUSP.

KELLER,ML; Jadack, R; Mins, F. **Perceived stressors and coping reponses in persons with recurrent genital herpes.***Research in Nursing and Health*, 14,421-430,1991.

KUO, JM; Taylor, JM; Detels, R. **Estimating the incubation period from a prevalent cohort.** *Am J Epidemiol.* 133(10):1050-7,1991.

MAC DONALD,NE; Wells, GA; Fisher, WA et al. **High-risk STD/AIDS behavior among college students.** *JAMA*, 263,3155-3159,1990.

MANSUR, H et al. **An outbreak of community acquired Pneumocystis carinii pneumonia: initial manifestation of cellular immune dysfunction.** *N Engl J Med*,305:1431,1985.

MS/CEBRAP. Comportamento sexual da População Brasileira e Percepções do HIV/AIDS. Brasília: Ministério da Saúde. 2000.

NAVARRO RM, Salimo ZM. **Aconselhamento Sorológico: uma estratégia de prevenção às IST em populações indígenas, limites e possibilidades.** Revista Ibero-Americana de Humanidades, Ciências e Educação. 2024 Aug 14;10(8):1697–721. <https://doi.org/10.51891/rease.v10i8.15224>

PARKER, RG. **A construção da solidariedade: AIDS, sexualidade e políticas no Brasil.** Rio de Janeiro, RJ. Relume-Dumará: ABIA-IMS,UERJ,1994.

PAZO, Concepciona **Gandara-Prevenindo as IST e AIDS às profissionais do sexo de Nova Friburgo,** <http://www.sermulher.org.br/artigos_previnindo_IST_AIDS.htm> acesso em 12 de fev 2006.

PETERMAN, TA; Drotman, DP; Curran, JW. **Epidemiology of the acquired immunodeficiency syndrome (AIDS).** Epidemiological Review 7:1-21, 1985.

POON,MC; Landay, A; Prasthofer, EF et al. **Acquired immunodeficiency syndrome with Pneumocystis carinii pneumonia and Mycobacterium avium intracellular infection in a previously health patient with classic haemophilia.** Ann Intern Med 98:287,1983.

SALIMO, ZM, Chaves, Y.O., Da Silva, E.F., El Kadri, M.R. de A., Nogueira, P.A., Benzaken, A.S. **Factors Associated with Loss to Follow-Up Among People Living with HIV: A Global Systematic Review.** <http://dx.doi.org/10.2139/ssrn.4819268>

SANCHES, Kátia Regina de Barros-**A AIDS e as mulheres jovens: uma questão de vulnerabilidade,**<<http://portaldesecic.fiocruz.br/transf.php?script=thescover&id=000003&lng=pt&nrm=iso>>acesso em 12 de fev 2006.

4054

SANTOS, EM. **AIDS related knowledge, and sexual practices among two groups of adolescents of Rio de Janeiro, Brasil: Contributions to HIV/AIDS prevention programs.** Urbana, Illinois. Tese de doutorado, University of Illinois, 1992.

SANTOS,NJS. **A AIDS Entre as Mulheres no Estado de São Paulo.** In Parker, R e Galvão,J (org). *Quebrando o Silêncio: Mulheres e a AIDS no Brasil*, Rio de Janeiro, Relume-Dumará:ABIA-IMS,UERJ,1996.

SODELLI, Marcelo - **Os caminhos da Prevenção à AIDS no Brasil.**<http://www.netpsi.com.br/artigos/99_caminhos_prevencao_aids.htm>,acesso em 19de mar de 2006.

SODELLI, Marcelo. **Escola e AIDS : Um olhar para o sentido do trabalho do professor na prevenção à AIDS.** Tese de Mestrado PUC/SP, 1999.

TRAUMANN, T; Monteiro, K. **Dormindo com o inimigo.** Revista Veja ano 31 número 43,1998.

TURKENICZ,Abraham. **A aventura do casal- uma abordagem teórico-clínica.**Porto Alegre:Artes Médicas,1995.

UNAIDS Best Practice Collection. **Connecting lower HIV infection rates with changes in sexual behaviour in Thailand.** Data collection and comparison. Case study. Geneva: 1998.

UNAIDS. 2021. Estado de São Paulo assina Declaração de Paris e se compromete a acelerar a resposta ao HIV.

UNAIDS.AIDS Epidemics Situation. UNAIDS Report. World Health Organization, 1998.

VELIMROVIC, B. AIDS as a social phenomenon. Soc Sci Med; 25:541-52,1987.

VOGT, MW; Witt, DJ; Craven, DE; et al. Isolation patterns of the human immunodeficiency virus from cervical secretions during the menstrual cycle of women at risk for the acquired Immunodeficiency Syndrome.Ann Intern Med, 106 (3):380-382,1987.