

Suplemento do  
Jornal CONTEXTO  
PASTORAL n° 29  
Novembro/dezembro  
de 1995

13

# Debate

## Fome de vida

### O DESAFIO DA AIDS PARA AS IGREJAS CRISTÃS

Com a proliferação da Aids em todo o País, é cada vez mais desafiadora a tarefa das Igrejas cristãs, no sentido de levar a reflexão para as suas comunidades locais com vistas a um trabalho educativo e de assistência pastoral aos portadores do HIV. Essa é a temática abordada por *Debate*, tendo como pano de fundo a Consulta sobre Aids e Igrejas (São Paulo, novembro), que reforçou a necessidade do compromisso em favor da vida.

**DA MORTE À VIDA**  
Uma reflexão bíblica do Salmo 22 chama a atenção para a necessidade de os cristãos, diante das forças nocivas e obscuras da sociedade, promoverem ações em favor dos marginalizados, entre os quais os portadores do HIV. Página 14



# UM CHAMAMENTO AOS CRISTÃOS

Está decretado: a Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (Aids) atinge cada vez mais pessoas no mundo, sem escolher vítimas: homens, mulheres, jovens, crianças, homossexuais e heterossexuais. Dados recentes da Organização Mundial da Saúde dão conta de que entre 13 e 15 milhões de pessoas estão vivendo com HIV ou Aids.

Está decretado: como "luz do mundo" e "sal da terra", igrejas e cristãos não podem voltar as costas para a doença, muito menos para os doentes. De modo geral, o que há hoje são iniciativas isoladas de grupos ou setores de algumas igrejas, os quais, apesar de inúmeros esforços, enfrentam ainda preconceito e desinformação.

Essas duas constatações estão intimamente interconectadas na proposta que o suplemento *Debate* faz ao apresentar o tema Aids e

igrejas. Tendo como pano de fundo a consulta promovida por KOINONIA Presença Ecumênica e Serviço que discutiu a questão, busca-se trazer à tona uma preocupação que, em grande parte dos casos, não está incluída entre as prioridades de ação pastoral das comunidades religiosas. A bem da verdade, há algumas iniciativas das igrejas Metodista, Católica, Presbiteriana Unida, Presbiteriana Independente, Presbiteriana do Brasil, Confissão Luterana no Brasil: aprofundamento no conhecimento da doença e de sua prevenção; observação do trabalho realizado nas casas de apoio aos portadores do vírus HIV; produção de material educativo para uso em escolas dominicais ou outros grupos; e outras.

Entretanto, isso não é suficiente para enfrentar o problema. Conforme relato de participantes da consulta, muito mais precisa ser feito. A Aids não é um problema meramente médico, ela tem também aspectos éticos e pastorais. E com um detalhe: as igrejas possuem uma "capilaridade social" inigualável, e são um importante agente para alcançar os doentes, com informações e esclarecimentos. Por meio de uma atuação conjunta será possível o compartilhar das ações até então desenvolvidas, unindo as diferentes experiências de intervenção e desenvolvendo novas frentes de ação a partir de distintas realidades.

A questão está colocada e constitui um desafio para todos os que se comprometem com uma sociedade democrática, justa e saudável — igrejas, entidades ecumênicas, grupos de apoio, etc. E é isto o que pretende *Debate*: suscitar reflexões e incentivar iniciativas pastorais mais ousadas de solidariedade e de apoio aos doentes de Aids. Boa leitura!

## DEBATE

Suplemento do jornal  
**Contexto Pastoral** n° 29  
Novembro/dezembro de  
1995

Publicação de KOINONIA  
Presença Ecumênica e  
Serviço (Rua Santo  
Amaro, 129 – 22211-230  
– Rio de Janeiro RJ, Tel:  
021-224-6713 e fax:  
021-221-3016) e Centro  
Evangélico Brasileiro de  
Estudos Pastorais –  
CEBEP (Rua Rosa de  
Gusmão, 543-13073-120  
– Campinas SP  
Tel. e fax: 0192-411459).

## Coordenadora da Unidade

**de Comunicação  
de KOINONIA**  
Magali do Nascimento  
Cunha

## Coordenador geral do CEBEP

Luiz Carlos Ramos

## Conselho editorial

José Bittencourt Filho  
Clóvis Pinto de Castro  
Marcos Inhauser  
Rafael Soares de Oliveira

## Editores deste número

Paulo Roberto Salles  
Garcia (MTb 18.481)  
Magali do Nascimento  
Cunha  
Alexandre Brasil Fonseca

## Editores assistentes

Beatriz Araujo Martins  
Jether Pereira Ramalho

## Editora de arte e diagramadora

Anita Slade

## Redator

Carlos Cunha

## Secretária de redação

Beatriz Araujo Martins

## Fotolito e impressão

Tipológica Comunicação  
Integrada

## Tiragem

10 mil exemplares

# MISERICÓRDIA, SIM. PUNIÇÃO, NÃO

Magali do Nascimento Cunha

"Distância". Esta era a palavra até bem pouco tempo usada por membros das mais diversas igrejas cristãs brasileiras para definir sua posição em relação à Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (Aids). Nos dias de hoje, aquela palavra não mais corresponde à realidade. As igrejas cristãs vêm-se confrontadas com os duros desafios impostos pela síndrome transformada em epidemia, que já não escolhe alvos ou grupos de risco, fazendo-se presente em famílias, e daí chegando aos bancos das igrejas.

Como enfrentar pastoralmente esta questão? Como acompanhar os membros de igrejas e lideranças hoje infectados pela síndrome? Como

prestar solidariedade aos portadores do vírus, doentes ou não, que sofrem os mais variados preconceitos e em cuja vida já não há mais esperança?

Estas e outras questões relativas aos desafios da Aids para as igrejas cristãs têm sido objeto de preocupação de KOINONIA Presença Ecumênica e Serviço, que, com vistas à prestação de serviços às igrejas e ao movimento ecumênico no Brasil, promoveu a primeira Consulta sobre Aids e Igrejas (São Paulo, 10 e 11 de novembro).

Participaram do evento representantes oficiais das igrejas: Católica Romana, Comunidade de Jesus, Episcopal Anglicana, Evangélica de Confis-

são Luterana, Metodista, Metodista Livre, Presbiteriana do Brasil, Presbiteriana Independente, Presbiteriana Unida. O Conselho Nacional de Igrejas Cristãs (Conic) e o Conselho Latino-Americano de Igrejas (Clai) estiveram oficialmente representados. Também participaram da consulta observadores representantes de entidades de apoio a portadores do vírus HIV vinculadas a igrejas, o diretor do Instituto de Saúde do Estado de São Paulo, José da Rocha Carvalheiro, e o pesquisador científico do Instituto de Saúde Alexandre Granjeiro, colaborador do Centro de Referência e Treinamento de Aids do Estado de São Paulo.



Parte do grupo participante estabelece prioridades de ação para as igrejas

## O QUE TEM SIDO FEITO?

A cotidianidade dos salmos foi a base para o estudo bíblico que alimentou as reflexões da consulta, sob a coordenação do biblista José Adriano Filho. Com os salmos de lamentação individual, os participantes puderam reafirmar a fé num Deus Misericordioso e Solidário, que ama as pessoas e as resgata de suas doenças, dando-lhes dignidade.

A partir desta premissa, as igrejas puderam partilhar depoimentos de como têm respondido aos desafios da Aids nos dias de hoje. Um ponto comum foi descoberto em todos os depoimentos: as lideranças

das igrejas revelam preocupação com o avanço da epidemia, mas não existem linhas de ação oficiais para o enfrentamento do problema, especialmente quando ele ocorre dentro das comunidades. Quase todas as igrejas relataram a existência de iniciativas isoladas de pessoas, grupos de apoio ou trabalhos de capelania hospitalar, que realizam atividades importantes mas carecem de uma articulação para fortalecimento, ampliação e aperfeiçoamento.

Um dos maiores desafios apresentados pelas igrejas reside no aspecto educativo. Foi consenso entre os participantes da consulta a pouca eficácia das campanhas de massa produzidas pelo governo federal, por não provocarem mudança de atitudes. As igrejas têm necessidade de informação sobre



Alexandre Brasil Fonseca

Yara Monteiro apresenta números atuais da Aids

a Aids para que possam começar a romper com os preconceitos contra portadores e adotar uma atitude mais solidária, não punitiva.

### “É PRECISO CAIR NA REAL”

Um dos momentos mais significativos na consulta foi coordenado pela professora Yara Monteiro, historiadora, membro da Congregação Cristã do Brasil. Yara Monteiro é pesquisadora do Instituto de Saúde de São Paulo, com atuação no serviço de educação do Hospital Emílio Ribas, o maior centro de acompanhamento da Aids no Brasil.

Durante duas horas, os participantes foram incentivados a enfrentar a realidade da Aids nas igrejas locais por meio do

relato das experiências de portadores de HIV, pertencentes a igrejas cristãs, que passam pelos corredores do hospital. O contato com a dor e o sofrimento daquelas pessoas e suas famílias, proporcionou a Yara Monteiro a elaboração de uma reflexão que apresenta mais perguntas do que respostas, mas que aponta de forma corajosa e realista os caminhos que a Aids tem imposto às igrejas e que as conclamam urgentemente a se depararem com a questão.

### CONSTATAÇÕES, DEMANDAS E PRIORIDADES

Ao final era comum entre os participantes o sentimento positivo em relação à experiência da

consulta. O pastor da Igreja Presbiteriana do Brasil e capelão do Hospital Emílio Ribas, José Ramos Neto, destacou: “É preciso haver um espírito de unidade em nosso meio para tratarmos o problema da Aids. Se até agora não temos achado uma solução para isso, unindo nossas idéias e deixando de lado os nossos preconceitos e dogmas, creio que conseguiremos amenizar o problema”.

Para o representante do Conic, o metodista Lair Gomes, “esse encontro abre uma nova perspectiva de trabalho, de inserção do tema nas igrejas locais. A contribuição principal foi trazer uma nova possibilidade de os leigos e clérigos terem metodologias e procedimentos para inserirem o tema da Aids nas igrejas locais”.

Como contribuição, os par-

ticipantes sistematizaram as reflexões de duas formas: a apresentação de questões e demandas que se apresentam às igrejas e as prioridades para o estabelecimento de políticas de ação.

### Constatações e demandas

- Destacou-se o valor da ação ecumênica dentro e fora das igrejas para sensibilização e denúncia.
- As igrejas têm certa preocupação com o problema mas não têm políticas de ação. O que existe de concreto são iniciativas isoladas. Daí a necessidade de sensibilização das lideranças para que haja ações oficiais articuladas.
- O pano de fundo da questão da Aids é o resgate da cidadania e a participação.
- Há necessidade de produção de material educativo para as igrejas, de conhecimento bíblico-teológico que aponte os limites e entraves de uma interpretação mágica do Evangelho, e a ênfase no Deus Misericordioso e não no Deus Vingativo.
- Há necessidade de formação específica para lideranças clérigas e leigas.
- É necessário dar prioridade ao trabalho educativo com pequenos grupos multiplicadores.
- Preconceito x pastoral: há necessidade de capacitar as igrejas para conviverem com "o diferente" e romperem preconceitos.
- Buscar metodologias de sensibilização das igrejas para os diferentes níveis de atuação com:

portadores de HIV recém-convertidos ao Evangelho;  
membros das igrejas portadores e suas famílias;  
famílias das igrejas que possuem membros portadores;  
lideranças clérigas e leigas portadoras do vírus;  
não-cristãos;  
aconselhamento de casais.

- Há necessidade de ações específicas entre mulheres e crianças.
- Capelanias: como trabalhar ecumenicamente com pacientes, respeitando sua origem religiosa, dialogando com ministros para promover orientação no trato com pacientes.
- Há necessidade de incluir na reflexão sobre a Aids: a saúde do corpo como um todo, a sexualidade, o desejo, o afeto, a liturgia como terapia.
- Realizar/promover pontes entre as igrejas e os serviços de apoio existentes.

### Prioridades

- Sensibilização das igrejas: deve ser o trabalho inicial para posteriormente se promover a formação de agentes de pastoral. Deve ser realizada em três níveis: lideranças nacionais, lideranças intermediárias, lideranças das comunidades locais. Como ponto de partida: Repetir a experiência da Consulta com líderes das igrejas (presidentes, bispos, secretários-gerais); Valorizar simples iniciativas de solidariedade de comunidades locais como grupos de oração ou artesanato a fim de levantar fundos para casas de apoio, e, num segundo momento, poderem atuar de outra forma.
- Formação: Preparar um grupo ecumênico de reflexão so-

bre a questão Aids e Igrejas;  
Usar encontros de padres/pastores(as) e/ou concílios, assembleias das igrejas para formação na área;  
Promover formação específica para aconselhamento/conscientização de casais;  
Organizar cursos especiais em seminários teológicos para futuros pastores e lideranças leigas.

- Publicação de material: produção de uma cartilha para as igrejas com metodologias, técnicas de abordagem, temas para a comunidade, referências e endereços de entidades de apoio a portadores de HIV.
- Promover a criação de uma rede de pessoas de igrejas que desenvolvem ações na área (médicos, assistentes sociais, sociólogos, enfermeiros, educadores e agentes de pastoral voluntários). Esta rede poderia contribuir para a produção de material, sensibilização e formação e também como apoio para os próprios profissionais e voluntários como espaço de partilha, terapia, etc.
- Sugestão às igrejas nacionais e locais: que criem uma comissão de saúde, a fim de refletirem e atuarem nas questões da saúde integral.
- As igrejas devem valorizar mais o dia 1º de dezembro (Dia Mundial de Combate à Aids) e o terceiro domingo de maio (Vigília de Apoio e Solidariedade aos Portadores de HIV).

Magali Nascimento Cunha é jornalista metodista e integra a equipe de KOINONIA. Coordenou a Consulta sobre Aids e Igrejas.

## QUEM TEM OUVIDOS PARA OUVIR...

Yara Nogueira Monteiro

A Aids é uma pandemia que se alastrou por todas as regiões do planeta, sendo que o Brasil está situado entre os países de maior incidência da doença. Segundo o Ministério da Saúde, até março deste ano, 66.380 casos haviam sido notificados ao serviço de DST/Aids. Os epidemiologistas calculam que para cada caso diagnosticado existam de 50 a 100 pessoas que já estejam infectadas e que portanto já são transmissoras da doença. Isto significa que o Brasil, hoje, tenha algo entre 3.319.000 a 6.600.000 pessoas já portadoras do vírus.

Os primeiros casos de Aids no Brasil surgiram no início da década de 1980, e os primeiros diagnósticos foram realizados em São Paulo em 1982. A princípio a doença atingiu, em especial, homossexuais de alta renda e que haviam estado no exterior, onde se contaminaram. Entretanto, em pouco tempo a doença foi-se alastrando pela sociedade, atingindo grupos diversos.

O fato de nos primeiros tempos ter sido alta a contaminação de homossexuais e de usuários de drogas fez com que no imaginário social a Aids fosse entendida como uma doença de gays, de pessoas promíscuas, de drogados. O sensacionalismo da imprensa, aliado à falta de informação, contribuiu para que a construção social da doença fosse estabelecida em torno de concepções errôneas que davam margem a atitudes de preconceito e mesmo a surtos de pânico. O doente era visto como alguém desqualificado, que poderia

passar o mal para todos aqueles que o cercassem. Por isso, deveria ser segregado. Muitos até entendiam ser a Aids uma espécie de punição, a "mão de Deus" sobre o pecador.

Aos poucos o quadro da doença foi se alterando, a Aids foi se alastrando pela sociedade, especialmente por intermédio dos usuários de drogas endovenosas, dos bissexuais e dos heterossexuais, passando, daí, a infectar um número crescente de mulheres. Atualmente, dentre as formas de transmissão da doença, é a contaminação pelo contato heterossexual a que tem apresentado um crescimento proporcional mais acelerado. Em decorrência desse fato, tem-se um dado preocupante: o crescente número de donas de casa, de um único parceiro e que estão sendo infectadas.

A maior incidência entre mulheres levou ao aparecimento de outro modo de transmissão, a perinatal (da mãe para o filho), que vem apresentando crescimento. Isso nos leva a uma projeção preocupante, a de um maior número de nascimentos de crianças infectadas, além de muitos óbitos de mulheres, e o crescente número de órfãos.

Hoje, o comportamento da doença mostra que ela atinge majoritária e crescentemente a população de baixa renda.

Atualmente, a sociedade de modo geral, com referência à Aids, pode ser entendida como sendo um único grupo de risco. Esse quadro se complica quando recordamos que a doença é cara e lenta, uma vez que as

pessoas podem ter um longo tempo entre o momento da infecção, o aparecimento da doença e a morte. Durante esse tempo, o paciente vai contrair as chamadas "infecções oportunistas", ou seja: durante a infecção vai ser hospitalizado e passa, de alguma forma, a ser responsabilidade do Estado, depois melhora, recebe alta e sai do hospital. O problema é: sai e faz o quê? Ainda tem emprego? Tem rendimentos? Pode se locomover sozinho? Tem família? Esta quer recebê-lo(a)? Grande parte dessas pessoas não tem a quem recorrer nem para onde ir. Daí surgem as casas de apoio, que são insuficientes para atender a todos. O que fazer diante disso?

### AIDS E IGREJAS

A situação vivida pela sociedade em geral e pelas igrejas em particular faz com que sejamos obrigados a repensar determinados procedimentos e posturas que já poderiam vir sendo adotados. A situação da epidemia da Aids nos obriga a olhar para nós mesmos, pois é necessário lidar com toda a nossa carga de preconceitos. Até então nada de concreto havia, ou, pelo menos, não havia urgência que nos obrigasse a assumir e enfrentar nossas atitudes preconcebidas. A tendência identificada no meio evangélico é de se perguntar a forma pela qual a pessoa se infectou. Se a resposta indicar ter sido transfusão de sangue, o paciente passa a ser visto como vítima, passível de perdão e de atendimento, mas se foi por outros motivos... A cultura brasileira

é fortemente marcada por uma herança ibérica, católica tridentina, as igrejas evangélicas portam uma rígida ética protestante. Isto é uma postura cultural. Entretanto é necessário lembrar que a Igreja faz parte da sociedade, que ela é vulnerável em relação à sociedade que a envolve. No imaginário de cada igreja projeta-se um "muro" que a separa do "mundo". Mas isso é só no imaginário. O vírus do HIV não sabe quem é evangélico, católico praticante, ou não.

Em suma, do ponto de vista teórico, a Igreja diante de sua trajetória, de sua postura, de seu discurso doutrinário, deveria estar livre dessa epidemia. Mas não é essa a realidade.

É usual que ao se relatar sobre uma doença, epidêmica ou não, fique-se mais com uma noção biológica do fenômeno e de uma avaliação numérica de seu crescimento; entretanto importantes estudos desenvolvidos têm demonstrado a importância de se avaliar o fenômeno social que envolve o processo da doença. Dentro desse ótica procurarei transmitir parte do universo da doença, a partir da experiência adquirida durante o tempo em que trabalhei como assessora do Ministério da Saúde e da Organização Panamericana da Saúde. Tal atuação permitiu que observasse as transformações epidemiológicas da doença e possibilitou o acompanhamento de perto da problemática social da epidemia. Para este artigo avaliei casos concretos colhidos no Serviço de Educação do Hospital Emílio Ribas, em São Paulo. Devido ao tipo de trabalho desenvolvido nesse hospital torna-se possível o convívio com o paciente e seus familiares, bem como o acesso

ao cotidiano deles; necessidades e aflições.

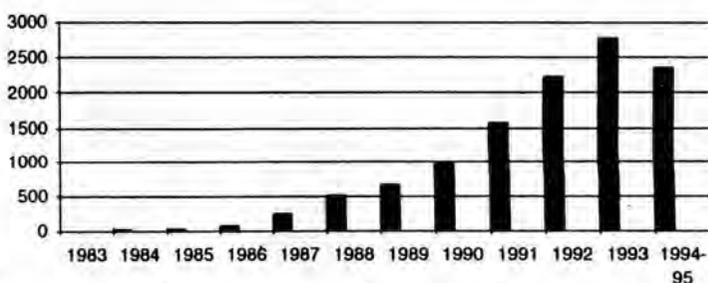
No Serviço de Educação (dirigido por uma evangélica), foi implantado, dentre outros, o aconselhamento pós-teste. O primeiro atende todas as pessoas que se dirigem ao hospital para fazer o teste de Aids, e fornece orientação voltada para as formas de contaminação e principalmente visa o grupo de risco a que ocasionalmente a pessoa pertença. Ou seja, todas as pessoas que se apresentam, no Hospital Emílio Ribas, para saber se estão infectadas ou não, passam pelo Serviço de Educação. Uns procuram o teste em decorrência de coisas que fizeram e outros, até pelo que não fizeram. O primeiro contato com o "pseudopaciente" leva a um determinado tipo de conversa, de aconselhamento.

Após o resultado do exame, se positivo, passa-se para a segunda fase, o serviço de educação para "aconselhamento pós-teste", mas dentro de outro quadro. O paciente já se sabe soropositivo, ou seja, que está contaminado. Nessa etapa podem trazer os familiares que quiser, a fim de que também

possam receber aconselhamento e acompanhamento. Tais atendimentos serão repetidos tantas vezes quantas forem necessárias, e em decorrência disso, acaba por ser estabelecida uma série de contatos que resultam no maior conhecimento do cotidiano do paciente bem como das pessoas que o cercam. Verifica-se então que as angústias são outras: enfrentar a morte, contar à família, para o companheiro(a), a situação com o trabalho, etc. Quando se pertence a uma igreja é ainda pior uma vez que tem que enfrentar a própria comunidade. Com relação ao trabalho torna-se comparativamente mais fácil, isto porque muitas empresas, em especial as maiores, estão aprendendo a lidar com a questão e já possuem serviços específicos de aconselhamento com esse objetivo, o mesmo acontecendo com os sindicatos. Mas com relação às igrejas a situação é bem mais complicada porque não existe ainda um discurso construído, não sabem como lidar com a questão.

Neste estudo quero salientar casos de pacientes envolvidos com igrejas. Ao analisá-los sob

### CRESCIMENTO DO NÚMERO DE CASOS DE AIDS EM MULHERES NO BRASIL



Obs: Os dados de 1994 e 1995 ainda estão sujeitos a revisão, e os números de 1995 são apenas até o mês de março.

Fonte: Ministério da Saúde

essa ótica, foi possível estabelecer uma espécie de tipologia. Eis por que procurei separá-los em itens posto que há em cada um determinado tipo de problemática com atuações específicas. Cabe ainda destacar: em momento algum ao paciente, ou a sua família, foram indagados quanto à filiação religiosa.

### O RECÉM-CONVERSO

É freqüente o fato de uma pessoa, ao se saber infectada, tanto no caso de ser soropositiva assintomática ou de já estar desenvolvendo a doença, procurar uma religião. São pessoas realmente carentes, que estão precisando de apoio e estão prontas a se converter a qualquer grupo que ofereça uma chance de sair da situação aflitiva. A solidariedade, o contato humano, a esperança aumentam e melhoram a sobrevivência. O paciente soropositivo precisa de alguma coisa a se agarrar. Como ainda não vê esperança palpável por parte da ciência, a opção é o resgate ou o fortalecimento da religiosidade. É comum o relato sobre formas de "pactos" com Deus, nos quais prometem mudança de vida e comportamento em troca de alívio e cura. Existe aí uma grande demanda para as pastorais, as capelanias e outras.

Deste quadro surgem diferentes questões como: Se o doente se converte ou, na suposição de que um trabalho pastoral tenha sido desenvolvido com portadores de HIV, para que igreja devem ser encaminhados?

Cabe aqui uma gama de indagações: Se o novo convertido relatar ao pastor sua condição de infectado, qual seria a atuação do pastor? Essa informação deve ou não ser parti-

lhada e com quem partilhar? A comunidade da igreja deve saber? Se souber, que tipo de atuação vai surgir entre ela, o doente e a família, se houver? De que forma vão ser inseridos no corpo da igreja, e, se forem, vão freqüentar sua sociedade?

A questão tem ainda outro ângulo: E se o recém-converso não revelar sua condição, quais as implicações disso quando a doença se revelar ou quando a notícia vier a público?

É importante lembrar que grande número de pessoas infectadas desconhece o seu estado e que esses também podem vir a se converter. Será que os pastores que recusam, ou dificultam a participação de soropositivos, vão passar a exigir atestado de HIV para todos os novos membros? Qual deve ser o procedimento? Como cobrar dos pastores um procedimento adequado se a questão não foi realmente discutida e se eles não têm preparo para tal?

A questão do recém-converso é um tópico a ser pensado. Como não existe mais grupo de risco e a sociedade inteira é passível de infecção, o que vai acontecer? Todo o recém-converso vai ser obrigatoriamente alvo de suspeitas?

### O PACIENTE EVANGÉLICO

Neste caso há duas situações diferentes:

A primeira, a do "filho pródigo". Participava de uma igreja, ia aos cultos, à Escola Dominical. Na juventude saiu da igreja e mais tarde voltou. Geralmente a volta é recebida com entusiasmo. No serviço de atendimento do hospital há muito desses casos: na "saída para o mundo" se contaminaram e depois, dentro do mesmo esquema acima citado, voltam

para igreja. Na perspectiva do paciente existe uma série de problemas, dentre eles o fato de não saberem se relatam ou não para o pastor a situação real, o temor da reação da comunidade, etc. Na perspectiva da igreja, o que vai ser feito? Vão-se pedir atestados de todos os que "voltam"?

A segunda situação diz respeito aos que "nunca saíram", eclesianos de "padrão normal" com o gestual correto, o discurso correspondente e compatível com os padrões estabelecidos e que aparentemente obedecem a todos os padrões comportamentais esperados. O fato de alguém estar dentro do perfil esperado não impede que esse "fiel" tenha uma vida como qualquer outra pessoa, no que diz respeito a opções sexuais, só que não partilha com a igreja suas reais opções ou o lado de suas vidas que não corresponde ao padrão esperado. Nesse grupo destacam-se homens casados, muitos deles com filhos. É freqüente que a esposa só tome conhecimento da situação, quando também é chamada para fazer exame sorológico, e muitas vezes, já foi infectada. Nesses casos o nível de angústia e de desespero é difícil de ser trabalhado até mesmo por profissionais da área.

Notamos que, em ambos os casos, o do "filho pródigo" e o do "fiel exemplar", os pacientes relataram terem preferido omitir da igreja a situação de portadores de HIV. Muitas vezes, já doentes, divulga-se um diagnóstico de câncer ou de outra patologia que tenha "aceitação". Essa situação passa a ser ainda mais complicada quando o doente exerce cargos de liderança.

O que fazer com essas pessoas? Se casadas tem-se o pro-

blema da contaminação dos parceiros(as), da situação dos filhos. Se forem solteiras há a questão do casamento. Que tipo de pastoral, ou de atitude, a igreja pretende desenvolver, com relação à juventude, ao casamento, ao aconselhamento de casais? Essas questões não se restringem às opções sexuais, mas também à questão dos casos amorosos fora do casamento e ao uso de drogas injetáveis.

### UM MEMBRO DA FAMÍLIA É DOENTE

Tem se tornado comum o fato de famílias que freqüentam igrejas terem um membro doente e que vai demandar trabalho, atenção, cuidados especiais, gastos, etc.

Como é que essa família vai poder cuidar dele (filho, irmão, esposo, pai/mãe), sem a igreja saber? E não são apenas os jovens que se infectam, cabe lembrar que pessoas com 50, 60 anos também estão sendo infectadas. Essa família vai ser carente de tudo, primeiro da atenção da igreja, da solidariedade e até mesmo de suporte econômico, visto ser a Aids uma doença cara. As igrejas estariam preparadas para exercer esse tipo de atuação, de solidariedade para com aqueles que estão abrigando os doentes e portanto agindo como "bons cristãos"? As igrejas estão preparadas para apoiar os eclesianos soropositivos e suas famílias quando economicamente dependentes (sem emprego ou com capacidade de trabalho reduzidas)?

A falta de informação sobre as formas de transmissão da doença muitas vezes gera angústias desnecessárias. Uma jovem foi visitar a amiga (da igreja), descobriu que o irmão

desta, morador na mesma casa, estava doente e em tratamento. A jovem chegou ao hospital apavorada e relatou que, após alguns dias sem conseguir trabalhar direito nem dormir, resolveu fazer o teste. Esse fato mostra, entre outras coisas, que a falta de informação adequada pode impedir que a solidariedade seja desenvolvida.

### A PROBLEMÁTICA DA MULHER E DA CRIANÇA

Com o crescimento do índice de infecção de mulheres, há importantes modificações no perfil dessa epidemia. A transmissão por meio da atividade heterossexual tem crescido rapidamente, ou seja, um grande número de mulheres, donas-de-casa estão sendo infectadas. Isso significa, entre outros, que se torna urgente que se modifiquem os conceitos preconcebidos sobre Aids. A doença não pode ser vista como resultante de uma vida "desregrada" ou como "punição por pecados cometidos". A Aids, como qualquer outra doença, faz vítimas que necessitam de tratamento e amparo.

O crescimento do número de mulheres infectadas traz consigo o aumento dos problemas familiares. Essas mulheres doentes muitas vezes não têm quem cuide delas, não têm como subsistir, nem como cuidar da família. Muitas acabam sendo encaminhadas para casas de apoio onde ficam misturadas com uma vasta gama de pessoas e de problemas que elas nem pensavam existir, o das drogas, por exemplo. Como fazer com esse tipo de problema? Um membro de igreja em uma situação similar seria problema unicamente do Estado?

Com relação ao aumento da

transmissão vertical (de mãe para filho), as crianças nascidas soropositivas acabam por desenvolver a doença e muitas têm uma longa sobrevivência. Quem vai cuidar dessas crianças? Existem casos em que a mãe já morreu e não há quem cuide. Outras simplesmente são abandonadas no hospital. Existem algumas casas de apoio que as recebem, mas são insuficientes. As crianças doentes demandam atenção, cuidados, carinho. O que fazer? Qual a responsabilidade da Igreja nesse campo?

Tem-se ainda outra questão: e as crianças que não foram infectadas? As famílias desaparecendo, as mães estão morrendo, o que fazer com elas? Cada vez torna-se mais comum o fato da mulher idosa, a avó, com toda problemática conhecida sobre o idoso, ter que arcar sozinha com um ônus que não consegue carregar. Como fazer com estas? Que tipo de apoio dar a essas mulheres?

### INDAGAÇÕES FINAIS

A situação atual da epidemia da Aids nos obriga a diferentes reflexões. Algumas igrejas, preocupadas com o problema, já estão atuando em diferentes áreas. Os problemas apresentados existem, são concretos, pertencem ao nosso cotidiano e as igrejas são desafiadas a responder a eles. Algo precisa ser feito com urgência. Vivemos em meio a uma epidemia crescente e que, queiramos ou não, está nos bancos das igrejas. Quem tem ouvidos para ouvir e olhos para ver, ouça e veja.

Yara Nogueira Monteiro, é doutora em História Social, tem especialização em Educação Social em Saúde. É pesquisadora do Instituto de Saúde e assessora de KOINONIA.

## UMA PRESENÇA AMIGA

João Inácio Mildner

Este relato partilha uma das experiências pastorais que procura responder ao desafio da Aids: a capelania do Instituto de Infectologia do Hospital Emílio Ribas (São Paulo), o maior centro de acompanhamento de casos no Brasil. Este hospital, embora visto pela sociedade como uma instituição benemerita e heróica, é ao mesmo tempo visto com preconceito: abriga doentes "perigosos". Sendo um lugar de "gente perigosa", a própria sociedade marginaliza, não somente a instituição, como também os doentes e os próprios funcionários.

A capelania do Hospital Emílio Ribas trabalha dentro desse contexto, com pacientes que possuem pouca experiência do mundo do sagrado, pois são excluídos social e religiosamente. As vidas desses portadores do vírus HIV são marcadas pela "imoralidade" (drogas, prostituição, homossexualismo, infidelidade conjugal, etc.), que é assumida por eles, sem questionar o que os levou a aquele tipo de vida.

Os pacientes enfrentam um longo tempo de internação na maioria dos casos, o que provoca um processo natural de revisão da própria vida, que confronta os valores da sociedade e da religião. Neste processo, uma visão de pecado ressurgue, gerando autocensura, auto-exclusão, compreensão de que a experiência que vivem é fruto de um "castigo de Deus". É muito difícil para essas pessoas acreditarem num Deus misericordioso; acreditam, sim, num Deus vingador. É comum pensarem que preci-

sam "pagar" pelos seus pecados, pelos seus erros, enfrentando a doença, e, quem sabe, um dia, Deus tenha misericórdia para com eles.

Diante da realidade de um prognóstico fechado, ou seja, quando não há mais chance de cura e a realidade de morte é próxima, a única esperança é por um milagre. Nesta fase, surge uma busca desenfreada por Deus, o único que pode ajudar. Manifestam sua religiosidade por meio das orações, leitura da Bíblia, livros e revistas religiosas, santinhos, novenas. Os que têm condições de sair do leito, fazem questão de frequentar as igrejas, onde agradecem as pequenas melhoras e pedem mais auxílio e proteção. Buscam redescobrir valores já esquecidos com o passar dos anos, e aqueles que conseguem temporariamente sair do hospital, buscam viver de uma maneira nova, mesmo contrariando o grupo social a que pertenciam. Muitos até colaboram no trabalho de prevenção ou tornam-se voluntários da capelania hospitalar.

Quando o "milagre" que esperam não acontece, várias são as reações: muitos entram em profunda depressão. A morte passa a ser desejada pois, de castigo, pode transformar-se em libertação. É o momento mais difícil e derradeiro da vida dessas pessoas. Precisam aprender a conviver com a morte como realidade e sobre a presença amorosa de Deus mesmo nesse momento. Outros revoltam-se contra Deus. Há os que se tornam apáticos a tudo, como se Deus, as pessoas e o mundo não existissem.

Nesta situação resta à capelania ser apenas uma presença amiga, continuando a amar aquelas pessoas como irmãs e jamais abandoná-las naquele momento. Em muitos casos, é a única presença amiga que lhes resta.

Quanto aos que não crêem em nada, o momento da morte é algo terrível e conseqüentemente revoltante. A morte é a volta ao nada, ao não-existir. É o aniquilamento total. Junto a estas pessoas pouco ou nada se pode fazer, apenas ser presença.

Como é um princípio da capelania não transformar o hospital num campo missionário, para "conversões", busca-se, com o trabalho, vincular o paciente à sua comunidade eclesial, católica ou não. Para que se mantenha o respeito à religião do paciente (a capelania hospitalar não está a serviço da religião mas do paciente), procura-se reavivar a sua crença, incentivar que a família chame o ministro religioso respectivo. Quando isto não é possível, a própria capelania chama o ministro, orientando-o e dando-lhe as informações que achar necessárias, prestando-lhe toda a assessoria para que possa desempenhar o seu ministério. Esse trabalho muitas vezes não é compreendido pois o acolhimento aos pacientes é rejeitado. Falta ainda espírito ecumênico e uma profunda conversão para se enxergar e pregar o Deus Misericordioso.

João Inácio Mildner, padre e capelão do Instituto de Infectologia Emílio Ribas, representou a Arquidiocese de São Paulo (Igreja Católica Romana) na Consulta sobre Aids e Igrejas.

# AS IGREJAS E A AIDS

Alexandre Brasil Fonseca

"Percebo a minha Igreja desejosa de solidarizar-se com os sofredores portadores do HIV. Percebo-a, também, ansiosa por encontrar caminhos, abordagens, estratégias. Talvez esteja até angustiada, sentindo como é preciso ser urgentemente capacitada, instrumentalizada para o exercício pleno do ministério de apoio e consolação." (Maria Luiza Ruckert, representante oficial da IPU na Consulta Aids e Igrejas)

Representantes oficiais de nove igrejas cristãs participaram da Consulta Aids e Igrejas. Com o objetivo de promover um primeiro mapeamento de como as instituições eclesásticas vêm agindo em relação à síndrome, como também levantar demandas e indicativos que pudessem nos ajudar na articulação de uma ação conjunta das Igrejas cristãs diante do problema, os representantes oficiais apresentaram um relato das ações e perspectivas das igrejas.

## O RELATO DAS IGREJAS

Divididos de acordo com três perguntas básicas, os relatos apontaram importantes questões. Em relação ao modo de como a Igreja vê o problema da Aids houve concordância no que foi apresentado pelos representantes. A Aids é vista com apreensão e preocupação pelas igrejas, tanto entre aquelas que desenvolvem algum tipo de atividade como entre aquelas que ainda não possuem uma ação nesse sentido.

O representante da Igreja

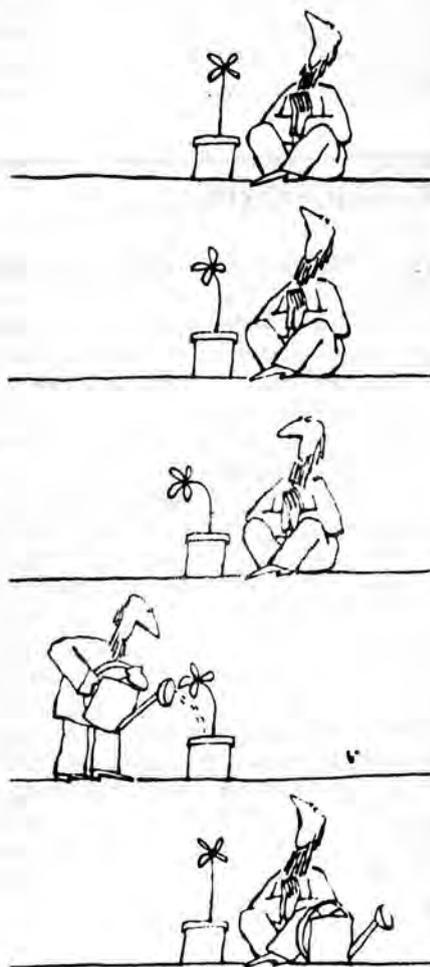
Metodista Livre (Conselho Nikei) salientou que sua igreja não está "fazendo quase nada em relação à Aids", mas apontou o interesse de sua denominação em participar, juntamente com outras igrejas, em atividades relacionadas ao combate à Aids: "Nosso trabalho tem de ser integral e por isso gostaríamos de estar mais atentos a este problema, para que possamos ser uma igreja mais plena em sua ação".

A representante da Igreja de Confissão Luterana no Brasil (IECLB) apontou a preocupação da Igreja por meio da divulgação de documentos sobre o assunto desde 1987. Realidade semelhante acontece na Igreja Metodista, a qual também desde 1988 "procura se aprofundar no conhecimento da doença e de sua prevenção". Os relatos convergiram na "necessidade de se tratar o assunto de prevenção e combate a Aids" no seio das igrejas, como apontou o relatório da comunidade de Jesus.

Na contribuição do representante da Igreja Episcopal de Comunhão Anglicana do Brasil (IEAB), outro aspecto foi salientado ao se afirmar que "a Aids não é um problema meramente médico, ela tem também aspectos éticos e pastorais que geralmente não são abordados

pela mídia". Preocupação materializada no relatório da Igreja Presbiteriana do Brasil (IPB) ao salientar a relação da desestruturação familiar com a propagação do vírus HIV.

Ao responderem à questão de como a Igreja tem contribuído no enfrentamento do problema foi patente a presença de vários cristãos em diferentes atividades de combate à pandemia. No encontro, além de vários capelães, a presença de observadores de casas de apoio e de projetos deu uma pequena dimensão da ação desenvolvida



por pessoas vinculadas às igrejas. Como afirmou a representante da Igreja Presbiteriana Independente (IPI): "apesar da ausência de atividades institucionais na maioria das igrejas, existe apoio às diversas ações desenvolvidas isoladamente por igrejas locais, grupos ou indivíduos".

A mesma constatação é feita em vários relatórios, como no da IPB: "Em muitos ministérios paraeclesiásticos vemos na direção influentes e consagrados irmãos. O espírito ecumênico-evangélico da IPB tem feito com que portas sejam abertas a irmãos da mesma fé, noutras denominações, para ministérios com visão ampla e integral".

Entre os católicos, o representante salientou a existência de muitas iniciativas de assistência aos portadores do vírus nas diferentes dioceses do País. No caso específico de

São Paulo, é desenvolvido o "Projeto Esperança" e são mantidas diversas casas de apoio com a ajuda da Igreja Católica.

Entre os metodistas a atuação vem-se dando mais na questão da "sensibilização para vencer as barreiras de preconceito, tanto na liderança

---

*"A Aids não é um problema meramente médico, ela tem também aspectos éticos e pastorais que geralmente não são abordados pela mídia"*

---

como na comunidade". Tal sensibilização ocorre por meio da promoção de eventos e da produção de material para a Escola Dominical dirigida aos diferentes segmentos da Igreja.

A produção de material também é realizada na Igreja Presbiteriana Unida (IPU), por meio do Projeto Integrado de Educação Cristã, que no Caderno "Ide e pregai" vem publicando recursos litúrgicos e material para celebrações de solidariedade aos portadores do HIV. Na IPU também há o incentivo à criação de comissões de saúde nas igrejas locais, já que a saúde — como ressaltou o relatório — deve ser compreendida "não como um anexo ou um apêndice da atividade da Igreja, mas como uma parte integrante e essencial da sua pregação e prática".

Para a representante da IECLB, falta a "iniciativa de um grupo dentro da Igreja para se montar um trabalho", já que há apoio institucional e a demanda existe. Para ela "as igrejas precisam assumir uma postura mais clara e fazer de fato alguma coisa".

Quanto aos planos futuros da Igreja em relação ao problema" todas as igrejas apontaram a necessidade de efetivar uma maior sensibilização entre membros e lideranças. A IPB pretende efetivar uma ação mais ativa por meio da realização de um congresso e de campanhas nacionais de conscientização. Outra preocupação é a proliferação da doença entre mulheres e crianças. Entre os objetivos da Igreja busca-se a abertura de casas de apoio que atendam este público.

Na Igreja Metodista está sendo organizado um grupo multidisciplinar para estudo, produção de material e promoção de cursos de capacitação para pessoas envolvidas em questões de saúde. Em 1996, no encontro nacional de promoção humana da Igreja, haverá um espaço para a reflexão

---

## CRONOLOGIA DA AIDS

**1980** — Médicos norte-americanos detectam vários casos de homens com um tipo de pneumonia que só ataca pessoas com deficiência no sistema imunológico. Aparecem também casos de sarcoma de Kaposi, tipo de câncer de pele comum em idosos

**1981** — O *Center of Disease Control* dos Estados Unidos reconhece oficialmente a existência de uma nova doença, que, então, ataca principalmente homossexuais, imigrantes haitianos e viciados em drogas injetáveis

**1982** — A doença é chamada pela imprensa de "câncer gay" e "mal de homossexuais". A Fundação Nacional de Hemofilia dos Estados Unidos recomenda que não sejam aceitas doações de sangue de homossexuais e imigrantes haitianos

**1983** — O cientista francês Luc Montagnier, do Instituto Pasteur, anuncia a identificação do vírus da Aids

**1985** — A revista *Times* divulga que a doença já está disseminada em 48 países

**1986** — A Organização Mundial de Saúde unifica a denominação do vírus, que passa a ser chamar HIV (*human immunodeficiency virus*). A Aids passa a ser considerada uma pandemia (epidemia que ocorre simultaneamente em diversas regiões do planeta)

**1994** — A Organização Mundial de Saúde divulga que 15 milhões de pessoas estão infectadas em todo o mundo.

Fonte: Folha de São Paulo.

sobre "Aids e Igreja". O representante da Igreja Anglicana salientou a necessidade de se "promover na IEAB um maior engajamento e cumplicidade diante do problema, proporcionando seminários e espaços de conscientização".

### **PREOCUPAÇÃO, IMPOTÊNCIA E INDIFERENÇA: A REALIDADE DAS IGREJAS**

Ficou patente nos relatos a preocupação existente nas lideranças religiosas em relação à problemática da Aids. Contudo, as deficiências e limitações das ações institucionais também foram explicitadas. De um lado temos instituições interessadas e preocupadas em combater a Aids, de outro lado temos uma moléstia que destrói o ser humano e suas relações sociais, trazendo consigo uma enorme carga estigmatizante.

Algumas igrejas avançam no combate à Aids publicando cartas pastorais, lições para Escola Dominical ou incentivando a criação de pastorais de saúde. Porém, para aqueles que tratam de portadores do vírus HIV, todas as campanhas até então desenvolvidas parecem inférteis. O número de portadores aumenta, principalmente entre as mulheres e crianças (filhos de mulheres infectadas) das camadas populares.

Um dos grandes desafios que a Aids apresenta à sociedade é de como nos capacitaremos para tratar de mulheres e crianças infectadas. As igrejas possuem uma "capilaridade social" inigualável, e são um importante agente para alcançar esses segmentos, com informações e esclarecimentos. Pelos relatos, ficou constatado que, apesar de toda intenção das lideranças eclesiásticas, as

igrejas não têm conseguido alcançar as congregações. Peca-se na linguagem utilizada e nas formas de divulgação empregadas nas campanhas institucionais existentes.

Por outro lado, essa preocupação das lideranças institu-

---

*Vivenciamos uma  
impotência nas ações  
desenvolvidas que  
acabam levando a  
um enorme desgaste  
daqueles que  
efetivamente atuam no  
enfrentamento da Aids  
e que padecem sem  
o devido apoio de suas  
igrejas locais*

---

cionais não encontra reflexo no que poderíamos chamar de "lideranças intermediárias" das igrejas: líderes locais que ainda vêem a Aids como um problema "de fora" e que carregam uma série de medos e preconceitos. Assim compartilhou um dos representantes presentes, que possui o apoio de sua Igreja na atividade de Capelania Hospitalar, mas a falta de apoio da igreja local no acolhimento de pacientes soropositivos. Muitas igrejas apóiam atividades de Capelania Hospitalar, contudo essas mesmas igrejas não estão preparadas para lidar e receber pessoas portadoras do vírus na vida comunitária. Na maioria dos casos a Aids ainda é vista como algo distante, que não deve fazer parte do cotidiano de uma Igreja cristã.

Vivemos assim uma realidade em que as lideranças eclesiásticas reconhecem o problema da Aids, patrocinando ações

individuais e campanhas institucionais de conscientização. Porém, o preconceito e a inação ainda são generalizados nas "lideranças intermediárias" das igrejas e as informações não são suficientemente competentes para alcançar a comunidade, principalmente as das camadas mais baixas da população. Paralelamente vivenciamos uma impotência nas ações desenvolvidas, tanto no auxílio ao portador como nas campanhas de conscientização, que acabam levando a um enorme desgaste daqueles que efetivamente atuam no enfrentamento da Aids e que padecem sem o devido apoio de suas igrejas locais e devido à ausência de políticas institucionais mais objetivas.

É fundamental a existência de um ativo compromisso das igrejas perante essa realidade. Por meio de uma atuação conjunta será possível o compartilhar das ações até então desenvolvidas, unindo as diferentes experiências de intervenção e desenvolvendo novas frentes de ação a partir de distintas realidades, o que provavelmente proporcionará uma melhor compreensão e uma abordagem mais eficaz do problema da Aids por parte das Igrejas.

"Bendito seja o Deus e Pai de nosso Senhor Jesus Cristo, o Pai das misericórdias e Deus de toda consolação! Ele nos consola em todas as nossas tribulações, para que possamos consolar os que estão em qualquer tribulação, através da consolação que nós mesmos recebemos de Deus" (2 Coríntios 1.3-4).

Alexandre Brasil Fonseca é sociólogo e integra a equipe de KOINONIA.

# DA MORTE À VIDA

## Um estudo do Salmo 22

José Adriano Filho

Nas orações de lamentação individual do Livro dos Salmos, encontramos várias descrições do desespero e da angústia dos suplicantes. Neles, a linguagem "pobre e miserável", "perseguido e abatido", "explorado e esquecido", que descreve o suplicante, indica a sua marginalização (Salmos 69.29; 72.4); às vezes, à marginalização acrescenta-se a atividade dos inimigos (Salmos 102.2-5; Jó 19). Por isso, estes salmos relacionam-se com a luta em favor dos marginalizados, explorados, caluniados e doentes, e remontam a crises sociais e pessoais: uma boa parte dessas súplicas deve ter surgido em épocas de convulsões sociais (Amós 2.6-8; Neemias 5.1-5); um testemunho de outra época indica o que acontecia com as pessoas arrancadas das suas terras: elas se tornavam bandidos sociais que combatiam a sociedade estabelecida (1 Samuel 22.1).

Nessas situações de angústia, as pessoas compareciam diante de Javé reivindicando a sua ajuda. Javé, um Deus dos miseráveis e esquecidos, opõe-se aos poderosos e opressores, solidariza-se com aqueles que suplicam e age para salvá-los (1 Samuel 2.1-10). Assim, essas lamentações pressupõem a disposição de Javé de ajudar e resgatar os israelitas socialmente fracos (Salmo 31.1-6), bem como a importância do culto em favor do indivíduo sofrido no ambiente de pequenos grupos e das famílias. Tratando da alienação concreta

da pessoa dentro de sua própria sociedade, eram o último recurso para recuperar um membro doente ou ameaçado por qualquer outra coisa (Salmo 35.11-16). No Salmo 22 estamos diante de uma situação que trata da cura e da reabilitação de um sofrido marginalizado.

### **"DEUS MEU, DEUS MEU, POR QUE ME ABANDONASTE" (v.1)**

O salmo inicia-se com uma invocação, com três apelos a Deus, e uma queixa inicial (vv.1-3). A invocação "Deus meu, Deus meu" designa a divindade a quem o suplicante e sua família ou clã estão ligados e indica um pedido urgente por atenção. Este clamor pelo "Deus pessoal" transforma-se numa queixa em que não há nenhum pedido preliminar por atenção ou audiência (Salmos 13.1-2; 17.1-2). A pergunta reprovedora "por que me abandonaste?" transforma a queixa numa acusação (Salmos 88.14); este termo indica os procedimentos jurídicos em que, em primeiro lugar, o suplicante confronta o seu Deus pessoal e, em segundo, descreve o seu esforço constante para restabelecer contato com ele (Jó 9-10).

Em seguida, encontramos uma afirmação de confiança no mesmo Deus que acabou de ser acusado de infidelidade (vv.3-5). Essa mudança de perspectiva da oração demonstra que a liturgia tem lugar proeminente

e contrabalança a queixa dos vv.1-2. Estes versos mencionam a história da salvação de Israel (Salmos 102.12-22), mas não estamos diante de uma "releitura" que transferiu a experiência pessoal para a comunidade (Salmos 12). É uma oração pessoal para o culto de um pequeno grupo dentro da sociedade israelita em geral. A presença da expressão "Tu és santo" (v.3a), uma atribuição de um hino, confere com a fórmula "Eu sou Santo" (Levítico 19.2; Isaías 6.3), e a menção de "nossos pais", os antepassados, indica a solidariedade das gerações (Deuteronômio 26.5-9). Trata-se de uma formulação que, além de refletir uma consciência histórica, demonstra a participação ativa do grupo que cultua no ritual da oração por uma pessoa que estava sofrendo.

Uma segunda rodada de queixa e afirmação de confiança segue a primeira (vv.6-8; 9-10). Desta vez, as afirmações focalizam o suplicante e o seu "fardo". Os vizinhos zombavam da sua miséria (vv.7-8); tais experiências são típicas do sofrido (Jó 19.13-19). Estilisticamente encontramos o discurso na primeira pessoa (v.6), com um acentuado "mas eu" marcando o contraste com a afirmação anterior (a metáfora "verme"). No v.7, o discurso, na terceira pessoa, indica que o suplicante tornou-se agora objeto do abuso. A citação do insulto dos inimigos é certamente o clímax do lamento (Salmos 41.5-9). A segunda afir-

mação de confiança (vv.9-10) é bastante pessoal e nela o Deus pessoal é o criador do suplicante (Salmos 139.14-18). A declaração chega a um ponto alto com a confissão final que reflete o começo da oração: "Você é o meu Deus" (v.10).

### "SENHOR, NÃO TE AFASTES DE MIM" (v.11)

O v.11a abre uma nova queixa mais séria e mais longa (vv.11-18), que prepara a petição dos vv.19-21. É interessante observar que a petição do v.12a forma um elo com os vv.1-10. Além disso, a repetição da oração de dor e a petição em uma cerimônia é uma necessidade litúrgica (1 Reis 18.26). A queixa dos vv.11-18 apresenta mais detalhes da queixa anterior e retrata a hostilidade exterior e as suas conseqüências para o suplicante (Salmos 38.1-8; 88.3-9). As figuras de animais têm raízes míticas e demoníacas e apresentam o perfil dos malfetores anônimos ou materializam o mal sofrido. A expressão "Tu jogaste no pó da morte" (v.15a) alude à morte próxima e "Minhas mãos e meus pés estão atados juntos" (v.16c) indica certo mau trato.

O pedido final dirige-se diretamente a Javé para que Ele salve o aflito (vv.19-21). A canção de ação de graças (vv.22-26) apresenta todos os elementos necessários para uma cerimônia comemorativa de uma experiência de salvação (Salmos 30; 40). Trata-se não de uma oração de ação de graças independente, mas de um salmo antecipatório pertencente à queixa anterior (Jonas 2; Isaías 38.9-20); essas ações de graças eram freqüentemente usadas para reforçar a petição.

A última parte, provavelmente um acréscimo, é apocalíptica (vv.27-31). No todo, o perfil estrutural do Salmo 22 apresenta um retrato variado, porém autêntico, de um ritual de oração por um indivíduo sofredor.

*Diante das forças nocivas e obscuras presentes na nossa sociedade e da marginalização causada pela opressão social, as comunidades cristãs devem providenciar muito mais instituições e rituais em favor dos marginalizados*

Resumamos o que há de indispensável no ensino deste Salmo e atentemos para a experiência nele refletida. O Salmo 22 é uma oração que trata da cura e da reabilitação de um sofredor marginalizado que estava à beira da morte (v.15). A invocação "Deus meu, Deus meu" (v.1) liga o Salmo com a religião do pequeno grupo; ele pertence ao âmbito da família porque é aí que se luta contra o sofrimento e a morte das pessoas (v.15). A experiência de sofrimento extremo e de abandono nele refletida permanece a mesma até hoje, apesar de todas as mudanças sociais e culturais; reconhecemos "morte, sofrimento, doença letal, rupturas sociais, ânsia de Deus, a 'profundidade do ser'" (Paul Tillich).

Outro aspecto que pode ser entendido como o motivo primário para a súplica refere-se à marginalização social, conseqüência e não razão do sofrimento

físico: os conhecidos se afastam do doente, ridicularizam-no e juntam-se às forças que desejam a sua morte (vv.7-8). Quer dizer, existe a suspeita de que o doente seja portador de males incuráveis e constitui um risco para a sociedade. A campanha de afastamento do doente começa em nome da segurança e do bem-estar da sociedade.

Entretanto, essa lamentação oferece justamente outra perspectiva: ela trata da superação da marginalização do sofredor, de sua recuperação para a comunidade de fé e da cura da sua doença. Este ponto é demonstrado pela presença da comunidade que oferece um culto para o restabelecimento do doente. A celebração transpõe a tensão entre o começo e o fim da oração: no início, o suplicante foi abandonado por Deus, tudo é desespero e dor; no fim, domina a alegria do curado. Trata-se de uma trajetória da morte até à vida. Diante das forças nocivas e obscuras presentes na nossa sociedade e da marginalização causada pela opressão social, as comunidades cristãs devem providenciar muito mais instituições e rituais em favor dos marginalizados.

José Adriano Filho, presbiteriano, integra a equipe de KOINONIA Presença Ecológica e Serviço.

Na elaboração deste estudo os seguintes autores foram consultados: Gerstenberger, E.S., *Salmos*. Polígrafo. Vol.2, fasc.1 (São Leopoldo, 1982), pp.5-31; 63-84; Gerstenberger, E.S., *Psalms. Part I. With an introduction to Cultic Poetry* (Grand Rapids, 1988), pp.108-113; Westermann, Claus, *Praise and Lament in the Psalms* (Edinburgh, 1981), pp.64-71.

## DICAS DE LEITURA

PROGRAMA EDUCAÇÃO E ESCOLARIZAÇÃO POPULAR-CEDI. *Aids, juventude, educação*. São Paulo, CEDI, 1993.

Levantamento de informações publicadas sobre como a AIDS tem influenciado os hábitos educativos formais no país.

Coleção História Social da Aids. ABIA: Relume-Dumará, 1995. 5 volumes.:

*A Aids no mundo*.

Jonathan Mann, Daniel Tarantola, Thomas Netter (orgs.)

*A AIDS no Brasil*.

Richard Parker, Cristiana Bastos, Jane Galvão, José Stalin Pedrosa (orgs.)

*A construção da solidariedade: AIDS, sexualidade e política no Brasil*.

Richard Parker

*As ciências da AIDS & a AIDS das ciências: o discurso médico e a construção da AIDS*.

Kenneth Rochel de Camargo Júnior

*Poder e comunidade: respostas organizacionais e culturais à AIDS*

Dennis Altman

ISER-ARCA. *Igrejas e AIDS: perspectivas bíblicas e pastorais*. Rio de Janeiro, ISER, 1990, 88 p.

Material organizado a partir dos estudos e debates da Consulta Latino-Americana das Igrejas sobre a Aids (CESE, CONIC, CMI, ISER). Trata dos desafios que a Aids apresenta às Igrejas: Como o preconceito e a discriminação agem sobre seu estado de

espírito? Quais São os desafios bíblicos e teológicos da Aids?

AMATO NETO, Vicente & PASTERNAK, Jacyr. *AIDS:*

*Amores, transtornos e desgraças*. São Paulo : Pioneira, 1994. 123 p. (Coleção Novos Ubrais).

Por meio de crônicas o livro aborda diversos aspectos da AIDS. Inclui uma parte de informações tecnocientíficas.

LEAL, Ondina Fachel (org.).

*Corpo e Significado: Ensaio de Antropologia Social*. Porto Alegre : Editora da Universidade/UFRGS, 1995.

Contém artigos que abordam a questão AIDS a partir de uma pesquisa que relaciona a síndrome e as reações de mulheres portadoras de baixa renda.

LOYOLA, Maria Andréa (org.). *Aids e Sexualidade:*

*O ponto de vista das ciências humanas*. Rio de Janeiro : Relume Dumará/UERJ, 1994. 246 p.

Chama a atenção para os efeitos que a Aids e a participação dos grupos gays na definição e prevenção da doença podem trazer para a redefinição do campo e das representações sobre a sexualidade, para a própria medicina e para o modelo tradicional de intervenção sanitária.

PAIVA, Vera (org.). *Em tempos de AIDS: viva a vida*. São Paulo: Summus, 1992. 214 p.

Destaque para: preconceitos e medos, sexo seguro (com destaque para experiências em escolas e com adolescentes), as

mulheres e a AIDS, AIDS e usuários de drogas e experiências de base comunitária.

VERGHESE, Abraham. *Minha terra: História de um médico nos tempos da AIDS*. Rio de Janeiro: Companhia das Letras, 1995. 493 p.

Relato de um médico infectologista indiano sobre os primeiros anos da AIDS em uma pequena cidade americana marcada por uma forte tradição religiosa protestante. De como os preconceitos, medos e dúvidas decorrentes dos primeiros contatos com a síndrome foram se transformando em *laços de compaixão* a partir das experiências vividas pelo médico, sua família e comunidade.

CONSELHO MUNDIAL DE IGREJAS. *Manual de aconselhamento pastoral para HIV/AIDS/SIDA*. Curitiba : CMI, 1993. 112 p.

Fruto de consultas promovidas pelo Grupo de Trabalho sobre Aids/Sida do CMI. Tematiza o compromisso das igrejas quanto ao acompanhamento de pessoas afetadas por HIV e define o aconselhamento pastoral como parte do ministério integral, que tem sua natureza distinta segundo as categorias de pessoas que o procuram. Os três blocos temáticos (a natureza do aconselhamento, sua metodologia e a competência do conselheiro) organizam as informações, os instrumentos, os estudos de casos e as demais orientações ao ministério.