

A red-tinted photograph of two people walking away from the camera. The person on the left is taller and appears to be wearing a dark jacket. The person on the right is shorter and appears to be wearing a light-colored top. Their faces are obscured by a dark shadow, making them unrecognizable. The background is a plain, light-colored wall.

**AIDS E IGREJAS:
um convite à ação**

AIDS E IGREJAS: um convite à ação

Uma produção de

KOINONIA Presença Ecumênica e Serviço e do
Programa Saúde e Direitos – Projeto Aids e Igrejas

AIDS E IGREJAS: um convite à ação

Esta publicação é o resultado de várias reuniões, debates e troca de experiências de diferentes pessoas em espaços diversos, tanto governamentais como não governamentais. É fruto da necessidade de se registrar caminhos percorridos no desafio de se estabelecer estratégias e diretrizes para a prevenção das DST e HIV/Aids.

O conteúdo original deste documento foi elaborado por KOINONIA – Presença Ecumênica e Serviço. Ao documento foram acrescentadas informações e conteúdos a partir da supervisão técnica de profissionais da saúde do Centro de Referência e Treinamento em DST/Aids do Governo do Estado de São Paulo, listados abaixo:

Paula de Oliveira e Sousa
Naila Janilde Seabra Santos
José Roberto Prazeres
Maria Filomena Cernicchiaro Aoki
Karina Wolffenbüttel
Emi Shimma

KOINONIA Presença Ecumênica e Serviço

Rua Santo Amaro 129 Glória
22211-230 Rio de Janeiro RJ
Tel (21) 2224-6713 Fax (21) 2221-3016

Programa Saúde e Direitos – Projeto Aids e Igrejas

Coordenação Estadual de DST/Aids

São Paulo Secretaria de Estado da Saúde

Coordenador do programa

Anivaldo Padilha

Assessora do programa

Ester Leite Lisboa de Almeida

Suporte técnico

Yara Monteiro

Ana Maria de Almeida

Taís de Fátima M. Neves

ORGANIZAÇÃO E REDAÇÃO

Anivaldo Padilha

Ester L. L. Almeida

Revisão

Luiz Francisco Senne

Koinonia Integra a Rede Evangélica de Solidariedade

PROJETO GRÁFICO E EDITORAÇÃO

Timbre Comunicação e Propaganda

www.agenciatimbre.com.br

ILUSTRAÇÕES

Posters do cd-rom *Signs of Hope Steps for Change*

© Ecumenical Advocacy Alliance

Ilustração da capa

Equal light on you and me de Kari Tuhkanen, Finlândia

© Ecumenical Advocacy Alliance

ISBN 85-99416-01-4



Sumário

Introdução	8
Unidade I <i>Orientações para o Agente Multiplicador</i>	11
Unidade II <i>Povo de Deus: uma família que acolhe</i>	17
Unidade III <i>Aids: conceitos e história</i>	21
Unidade IV <i>Igreja: comunidade terapêutica</i>	29
Unidade V <i>Cuidar: o principal remédio</i>	35
Unidade VI <i>Mulheres, homens, jovens, crianças e HIV/Aids</i>	39
Unidade VII <i>O impacto do HIV/Aids e a resposta das igrejas</i>	43
Bibliografia	47
Glossário	50



Apresentação

Esta publicação é dirigida especialmente às igrejas. É um convite para que se engajem na luta contra a AIDS e, ao mesmo tempo, um re-

conhecimento público do papel positivo e fundamental que as igrejas podem desempenhar na luta contra a pandemia do HIV/AIDS.

Nossa experiência tem demonstrado que, após o conhecimento do diagnóstico, as pessoas atravessam fases diferentes que de modo geral envolvem revolta, tentativa de suicídio, sentimento de culpa, carência emocional, e acabam por desembocar em grande necessidade espiritual. Verifica-se que as pessoas que foram membros de alguma igreja tendem a procurar formas de retorno; enquanto as que não tiveram uma trajetória religiosa buscam intensamente conforto em várias formas de religiosidade. Tanto os pacientes quanto seu núcleo familiar, passam a necessitar de atenção, conforto e orientação,

mas, muitas vezes, as igrejas não estão devidamente preparadas para responder de forma positiva a essas demandas.

O trabalho de KOINONIA com as igrejas mostra que, quando bem preparadas, elas podem se transformar em comunidades acolhedoras e solidárias com pessoas que vivem e convivem com AIDS, além de desempenhar papel importante de educação e prevenção. Podem também ser núcleos importantes de produção de valores que contribuam para a superação do estigma, do preconceito e da discriminação relacionados à AIDS, ainda muito presentes na sociedade.

Esta publicação tem por objetivo fornecer às lideranças das igrejas informações, subsídios e sugestões que possam ajudá-las a desenvolver ações preventivas e de solidariedade com pessoas que vivem e convivem com AIDS.

Esperamos, sinceramente, que as igrejas aceitem este desafio com coragem e entusiasmo e que passem a ver a luta contra a AIDS como parte integrante de sua Missão.

Anivaldo Padilha
Secretário de Planejamento e Cooperação
KOINONIA Presença Ecumênica e Serviço

Introdução

A sexualidade é uma função vital para a manutenção da espécie. Mas ela tem sido relegada a um nível de menor importância em relação

a outras funções essenciais para a manutenção da vida, como a respiração, a alimentação e a defecação. Contudo ela extrapola essas últimas, na medida em que a sexualidade vai além da esfera biológica, integrando e repercutindo diretamente sobre os aspectos psicológicos, emocionais, sociais e espirituais do ser humano.

É impossível deixar de reconhecer ou negar a influência da sexualidade sobre todos os atos de nossa vida. Ao longo da história da humanidade, porém, por diversas razões, encobriu-se a sexualidade, disfarçando-a com falsas imagens que acabaram desvirtuando-a e mistificando-

a, até torná-la um tabu.

Por influências filosóficas e religiosas (dualismo entre corpo e espírito), gerou-se ao longo da história um grande período de repressão da sexualidade em sua essência. Até mesmo as relações sexuais entre marido e mulher acabaram afetadas por esta repressão. Qualquer estímulo sexual passou a ser considerado pecado.

A repressão da sexualidade deu lugar ao surgimento de diversos desvios sexuais, muitos deles despercebidos, em função de uma visão de moralidade falsa e punitiva. A total ausência de educação sexual fez surgir inúmeras situações nas quais o instinto, para o mal e não para o bem, substituiu o conhecimento.

Isso fez também com que a prostituição adquirisse um papel mais relevante como fonte de prazer sexual, assumindo o papel das primeiras escolas de “educação sexual”. Essa dinâmica prevaleceu por séculos, até que no início do século passado a comunidade médico-científica passou a se interessar mais pelo com-

portamento sexual da espécie humana.

A partir dos anos trinta constatou-se existir uma carência na formação de médicos e ginecologistas com relação à sexualidade. Em função disso, produz-se um período de auge na investigação científica da sexualidade. Ao mesmo tempo, surge o interesse de se investigar o impacto da sexualidade reprimida durante tantos séculos, no âmbito da psicologia, sociologia, pedagogia, política e economia. Junto com esses estudos, porém, os meios de comunicação praticamente erotizam a sociedade por meio da publicidade, livros e revistas que utilizam excessivamente imagens com conteúdo sexual.

Na sociedade como um todo, caímos no que chamamos de a “lei de pêndulo”, ou seja, vamos a extremos opostos muito rapidamente: Da liberdade para a libertinagem. Da informação sexual para a pornografia. Do interesse científico para o interesse mórbido.

Frente a tudo isso, a educação sexual torna-se fundamentalmente necessária, o que nem sempre é fácil em diversas sociedades, onde ela é considerada contra-producente. Existe o receio de que ela venha a favorecer a libertinagem sexual.

Ter um conhecimento correto e uma vivência adequada da sexualidade tornaram-se, nos dias de hoje, uma questão de vida ou morte. Isso pode ser provado por diversos argumentos:

- A cada dia no mundo 16.000 pessoas se contaminam com o vírus da Aids (HIV), das quais 50 %, ou seja, 8.000 indivíduos são jovens entre 15 e 24 anos.
- As sociedades são presas fáceis de um processo de alienação, nos âmbitos econômicos, humanos e sociais, que conduzem ao individualismo, à desumanização, perda e transformação de valores, à competição e à valorização do dinheiro em relação ao ser humano; produzindo conseqüentemente uma grande influência sobre a estrutura familiar e a sexualidade.
- A crescente prostituição masculina e

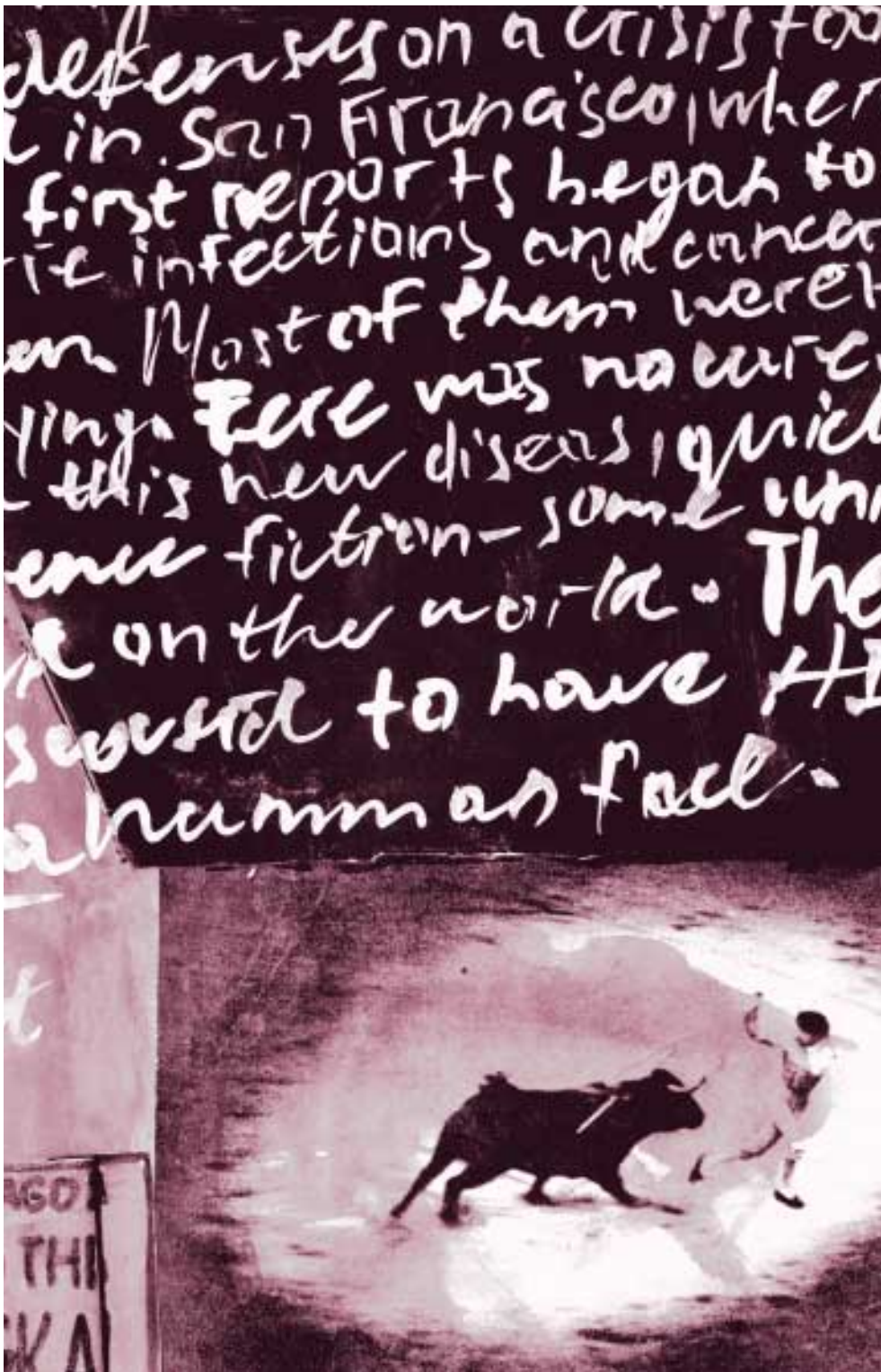
feminina em idade cada vez mais precoce, como formas de exploração e de sobrevivência.

- A busca do prazer pelo prazer como um falso paradigma de status, liberação e de machismo ou feminismo.
- A perda de valores espirituais, culturais, éticos e morais.
- À falta da efetivação de propostas, fundamentadas em princípios de cidadania, somam-se os fatores acima relacionados produzindo assim uma série de conseqüências dolorosas, além da dura realidade das DST e HIV/Aids, gravidez não planejada, gravidez precoce, abortos provocados (muitos dos quais gerando a morte das mães), casamentos forçados de jovens, relações sexuais sem vínculo e separações.
- Um grande número de danos e seqüelas psicológicas, que freqüentemente significa problemas que vão além dos aspectos meramente legais, como por exemplo a violência sexual, com suas manifestações físicas e psicológicas. Por outro lado, a sociedade erotizada promove diariamente valores distorcidos sobre o propósito da sexualidade. Face a essas realidades, torna-se necessário abordar a questão da sexualidade junto aos casais, crianças, jovens e professores; numa abordagem integral, clara e responsável, rompendo com os esquemas tradicionais, a maioria deles focados apenas no aspecto biológico.

Uma vez mais a Igreja cristã tem diante de si um grande desafio:

- comprometer-se em um trabalho sério e responsável, que visa abordar este tema tabu de forma esclarecedora e libertadora, sobre o qual se fala (geralmente de maneira distorcida) de muitas formas. Não podemos continuar caindo no erro da omissão.

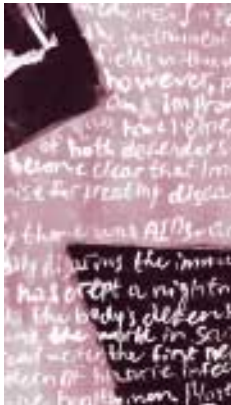
Programa Educação Sexual e Saúde Reprodutiva
Seminários de Capacitação – Manual de Facilitadores
Autores: Dr. Eduardo Campaña,
Mirtha Muñoz e Carmen Proño.



multiplicador



Orientações para o agente multiplicador



Orientações para o agente multiplicador

Os objetivos do curso de formação

1. Fornecer à Igreja, por meio de seus líderes religiosos ou leigos, um instrumento que os permita facilitar os processos de reflexão e ação.
2. Desafiar a Igreja a retomar seu papel profético no campo da sexualidade, em meio a condições degradantes hoje existentes em nossa sociedade.
3. Facilitar o cumprimento do mandamento de Deus visando propiciar mudanças por meio da “renovação do entendimento”, à luz dos princípios bíblicos.
4. Formação de facilitadores.
5. Elaboração de material didático, a partir dos preceitos sociais, científicos e espirituais.

A metodologia

O método utilizado na abordagem do tema AIDS E IGREJAS será o construtivista. É predominantemente participativo e corresponde ao modelo mais conhecido como C3. Está baseado na facilitação do aprendizado sobre o fundamento daquilo que já é conhecido, levando em consideração as necessidades

identificadas nos participantes e integrando todas as dimensões do ser humano: física, psíquica, social e espiritual.

O modelo C3 é um ciclo de ensino-aprendizagem de estrutura flexível. Favorece a construção de ambientes que estimulam a aprendizagem a partir de experiências da vida real, permitindo assim que cada participante desenvolva sua capacidade de auto-aprendizagem e torne-se responsável por si mesmo(a).

Por meio de jogos de representação de papéis, filmes e atividades manuais, narrativas e exercícios de imaginação, o participante passa a se sentir imerso na experiência, realizando ao mesmo tempo uma reflexão crítica sobre essa experiência; chegando assim a conclusões úteis e aplicando os resultados em uma situação prática.

Conscientização de opções

Vivenciar

Tem por objetivo facilitar, por meio de uma experiência com um significado pessoal, o processo no qual o participante traz à sua consciência as necessidades percebidas diante desta experiência e as alternativas disponíveis para atendê-las.

Está comprometido e acredita no processo de facilitação e isso aumenta a sua auto-estima e segurança.

Para se vivenciar, pode ser realizada uma grande variedade de atividades, seja individualmente, seja em grupo. Entre elas podemos citar: dinâmicas, atividades manuais, estudos de casos, jogos de representação de papéis, filmes, exercícios de imaginação.

Refletir

Consiste em facilitar uma reflexão individual e em grupo sobre a experiência anterior para que cada participante possa analisar, priorizar e compartilhar suas reflexões e, ao mesmo tempo, escutar, valorizar e avaliar as experiências dos outros participantes. Neste momento, os participantes expressam tanto os seus sentimentos como os pensamentos relacionados com a experiência anterior, e chegam a algumas conclusões. Devem resumi-las em um relatório que é apresentado em plenária. O facilitador deve sistematizar esses resultados, reforçar o que está correto e fazer as correções que forem necessárias.

Descobrir

Consiste em criar condições favoráveis para que os participantes adquiram a informação conceitual necessária para poder descobrir e colocar em prática uma nova opção pessoal ou do grupo.

Os participantes têm a oportunidade de perceber as relações entre as experiências que foram vivenciadas no momento anterior, o que estão aprendendo neste momento, suas próprias metas pessoais e a vida que terão depois da aprendizagem.

Nesta fase adquirem as habilidades necessárias para poderem praticar a nova opção escolhida. O facilitador deve ficar atento para que sua apresentação não dure mais de 20 minutos, pois este é o tempo máximo para uma concentração e uma participação efetivas. O facilitador

deve usar uma variedade de meios (material audiovisual) que permita apresentar as informações de uma maneira sistemática, organizada e seqüencial, enfatizando os detalhes mais importantes e pedindo uma retroalimentação (*feedback*).

Visualizar

Consiste em facilitar a elaboração de uma visão, na qual as experiências pessoais, a vivência e a descoberta se integrem, para formar um direcionamento perceptivo e estratégico que oriente a pessoa no caminho a seguir.

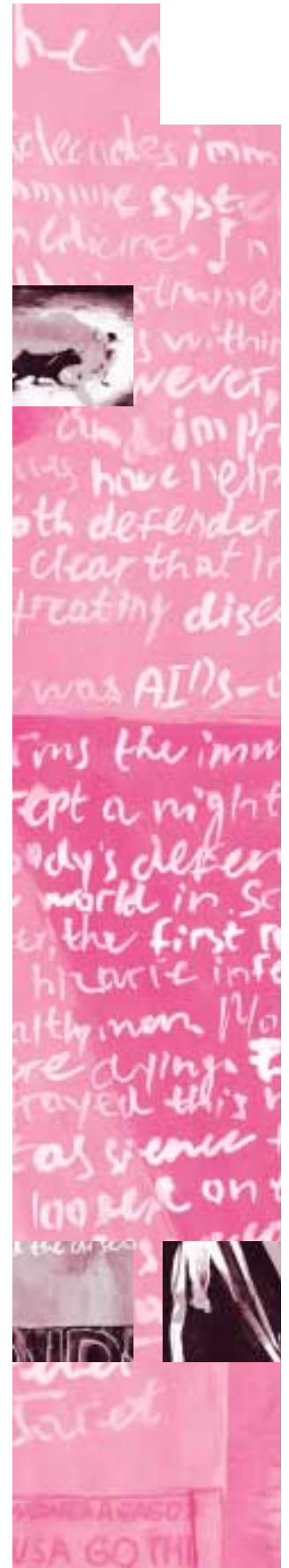
Nesta etapa podem-se realizar atividades que envolvam o manejo de todos os sentidos (visual, auditivo, cinético) para facilitar a criação de imagens muito detalhadas que contribuam para a elaboração de uma nova e efetiva visão na satisfação da necessidade com a nova estratégia (conhecimento e comportamento).

Nesta etapa deve-se facilitar a integração dos sentimentos com as informações, estabelecendo portanto uma ponte que ligue a experiência prática com o conceito abstrato.

Praticar

Consiste em possibilitar uma prática dirigida, por meio da qual pode-se comprovar a compreensão dos conceitos e o emprego de habilidades. Proporciona aos participantes a modificação de comportamentos futuros, baseados em descobertas e conclusões alcançadas durante o processo.

O facilitador deve reforçar cada pequeno progresso, diminuindo assim a insegurança e aumentando a auto-estima; para que desta forma os participantes percebam e comparem os diferentes resultados. Deve também criar oportunidades para os processos de avaliação individual e de grupo; comentar erros como uma oportunidade de aprendizagem e gerar expectativas altas de sucesso.



Integrar

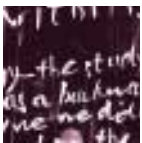
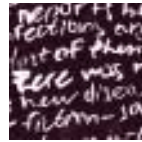
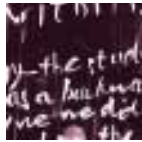
O facilitador deve resumir brevemente o processo vivido, com base na experiência com a qual a sessão foi iniciada. Fazer com que os participantes compartilhem o que foi aprendido e seus sucessos.

Pode solicitar um primeiro compromisso bem fácil de ser cumprido, de mudança pessoal ou interpessoal. Da mesma forma, facilitar processos viáveis e flexíveis de auto-monitoramento e de prática; questionar ou ignorar implementações e dificuldades futuras; comemorar com os participantes o que foi aprendido, seja individualmente seja em grupo.

Este método está baseado em alguns

do-os. Aceitar o que o outro fala não significa necessariamente concordar.

2. Ser sensível, tolerante e compreensivo. Não fazer perguntas por curiosidade, mas tão somente para esclarecer e verificar se aquilo que foi entendido é o mesmo o que a outra pessoa quis dizer.
3. Saber ouvir com empatia, o que significa esforçar-se por escutar mais do que simplesmente dizem as palavras, sentir o que o outro sente, identificar-se com as experiências do outro. O facilitador jamais deve ter a pretensão de achar que tem respostas para todas as perguntas. Deve estar disposto a



estudos que demonstram que uma pessoa aprende 20% do que vê, 20% do que ouve, 40% do que vê e ouve simultaneamente, e 80% daquilo que vivencia ou descobre por si mesma (National Training Laboratories, 1997).

O perfil do facilitador

Não é necessário ser um profissional para se atuar como facilitador. Acreditamos no trabalho leigo e na importância de uma constante e adequada capacitação. A pessoa que deseja atuar como facilitador deve incorporar em sua formação e na sua prática algumas normas de conduta:

1. Ser imparcial, não fazer juízos valorativos, não rotular os sentimentos dos outros, simplesmente respeitá-

aprender em todos os momentos. Escutar com empatia quer dizer “escutar com o coração que Deus concedeu a Salomão” (1 Reis 3.9-12).

4. O facilitador deve conhecer toda uma rede de apoio de profissionais especializados, para encaminhar para esses especialistas os casos que deles necessitarem.
5. Usar uma linguagem simples e fácil de se entender.

Listamos abaixo algumas **qualidades que caracterizam um facilitador**:

- Auto-percebe-se como agente de mudança e dá exemplos.
- Atua com inteligência e com emoção.
- Demonstra coragem.

- Acredita nas pessoas.
- É sensível diante do próximo.
- É um aprendiz da vida.
- É capaz de auto-reflexão.
- Sabe lidar com a complexidade, a ambigüidade e a incerteza.
- Orienta-se por valores definidos e conscientes.

O facilitador, portanto, tem a capacidade e a vontade para:

- Apreciar o trabalho junto a outras pessoas com o sincero desejo de ajudá-las a atingirem suas metas e a se sentirem bem consigo mesmas.
- Pensar rápida e logicamente com a ha-

- Conduzir-se com equilíbrio entre a eficiência e a efetividade, dedicando-se com paixão no esforço de descobrir novas formas para melhorar a co-evolução do indivíduo e a coletividade.
- Por meio de sua própria vida, demonstrar um equilíbrio físico, psíquico, social e espiritual.

O facilitador nunca deve se esquecer que:

- Facilitar é realizar uma tarefa ou realizá-la da maneira mais fácil possível.
- Aprender é criar um padrão de comportamento ou modificar uma atitude.
- Atitude é um sistema composto pelo cognitivo (conhecimentos), o afetivo-

NÃO É NECESSÁRIO SER UM PROFISSIONAL PARA SE ATUAR COMO FACILITADOR. ACREDITAMOS NO TRABALHO LEIGO E NA IMPORTÂNCIA DE UMA CONSTANTE E ADEQUADA CAPACITAÇÃO

bilidade de analisar comentários e, em seguida, articular perguntas ou respostas apropriadas.

- Comunicar-se claramente com objetividade e concisão, usando corretamente sua energia para estimular nos outros o entusiasmo e o comprometimento.
- Escutar e aprender com os outros, como alguém que as pessoas procuram para uma orientação ou aconselhamento.
- Transmitir calor humano às outras pessoas por meio de sorrisos, entusiasmo e elogios sinceros.
- Demonstrar autoconfiança, com a devida humildade.
- Assumir uma correta liderança, sabendo quando exercer papéis de protagonista e quando evitá-los.

emocional e o comportamental.

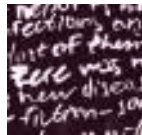
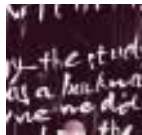
- Educar (do latim educere) é “extrair e desenvolver o que já existe no interior”.

Para o melhor aproveitamento deste Curso de Formação, recomendamos que se tenha em mente as seguintes considerações:

1. O objetivo é que os participantes, ao concluí-lo, modifiquem sua atitude a respeito do tema abordado. Busca-se mais fundamentalmente não tanto transmitir informações, mas criar condições favoráveis para um processo de desenvolvimento das capacidades pessoais. É um processo de co-criação harmoniosa entre o facilitador e um ou mais participantes, alternando-se às vezes os papéis.
2. Para que este processo aconteça de fato, é muito importante que o facilitador

tador acredite na capacidade de seus participantes e os ajude individualmente a desenvolver o potencial que cada um tem dentro de si. O facilitador deve levar em conta e respeitar os diferentes estilos de aprendizagem de seus treinandos, o que depende de diversos fatores: fisiológicos (de funcionamento), culturais, familiares, experiências educativas anteriores, desenvolvimento sensorial, estilo de comunicação etc.

3. Recomenda-se que cada seminário não tenha mais de vinte (20) participantes, já que um número muito grande de participantes dificulta a aplicação adequada do método, gerando conseqüentemente um baixo nível de aprendizagem. É possível trabalhar-se com grupos mais numerosos, quando



já existe uma equipe de facilitadores bem treinada.

4. Cada seminário pode ter uma duração de três horas. Contudo, o facilitador tem a liberdade de fracioná-las e utilizar o tempo que julgar necessário para aprofundar qualquer um dos subtemas. O método tem a vantagem de permitir que o facilitador desenvolva

a sua capacidade criativa, de acordo com as necessidades do grupo.

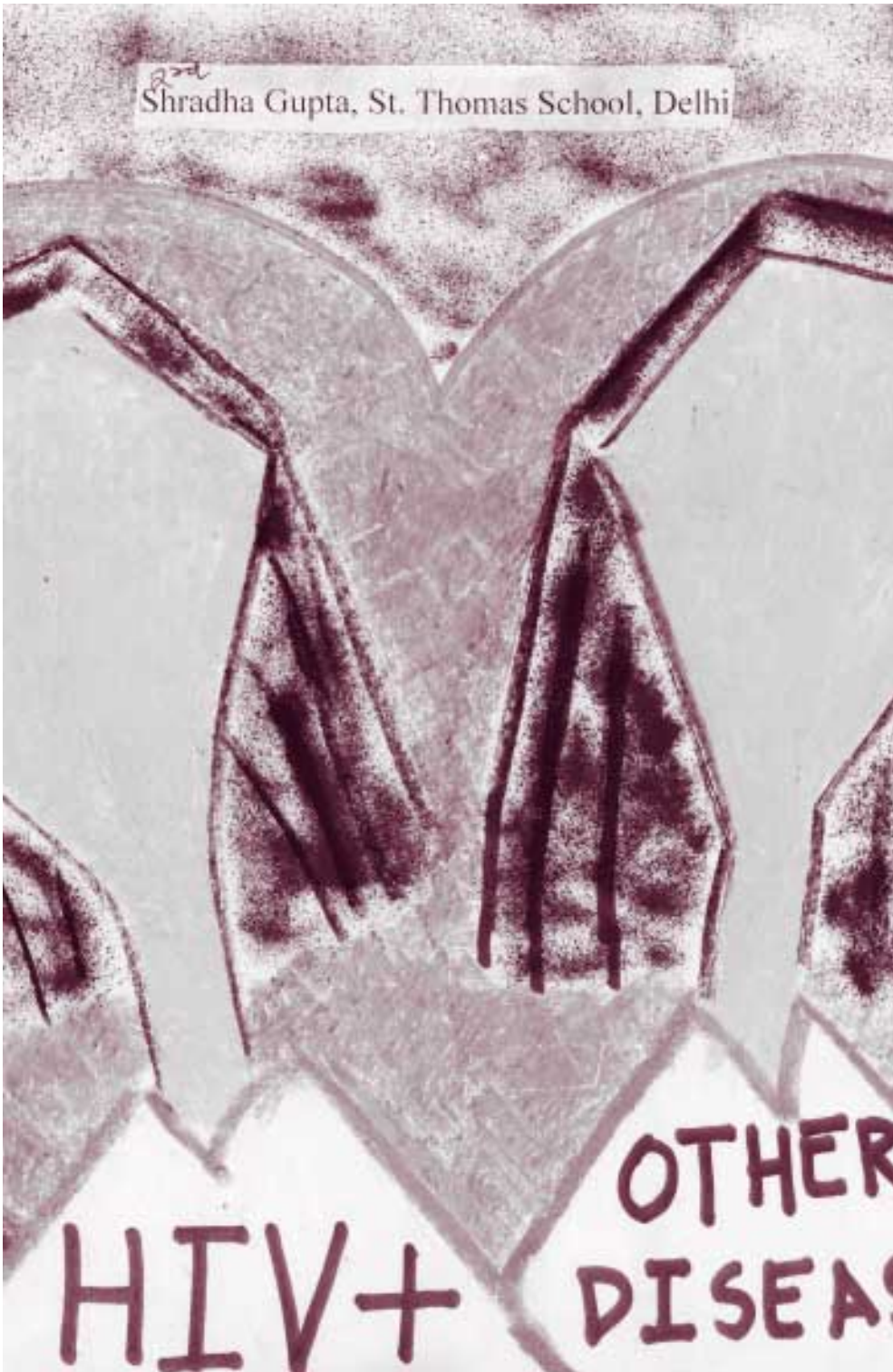
5. Ao atingir o objetivo de cada seminário, o facilitador deverá fazer um resumo daquilo que foi trabalhado até aquele momento, para fixar os conhecimentos.
6. É recomendado evitar-se discussões teológicas. Usar a Bíblia como um instrumento de edificação e não para gerar polêmicas.
7. Reforçar é reconhecer a pessoa por suas qualidades, por sua iniciativa pessoal e por sua boa intenção. Cria-se assim um ambiente de valorização no qual participantes aumentam sua autoestima. Esse reconhecimento deve ser sincero, honesto e verdadeiro, caso contrário perde sua eficácia. Por exemplo, quando um grupo termina o trabalho, o facilitador pode dizer: "Vocês são inteligentes, são muito colaboradores, sua contribuição foi muito boa etc."

Para a realização desse curso de formação é fundamental que o facilitador esteja disposto a fazê-lo com um espírito de serviço:

"nada fazendo por competição e vanglória, mas com humildade, julgando cada um os outros superiores a si mesmo, mas também do que é dos outros. Tende em vós o mesmo sentimento de Cristo Jesus". (Fil 2.3-5)

Programa Educação Sexual e Saúde Reprodutiva
Seminários de Capacitação
Manual de Facilitadores
Autores: Dr. Eduardo Campaña,
Mirtha Muñoz e Carmen Proño.

família



Let there be no difference de Shradha Gupta, India © Ecumenical Advocacy Alliance



Povo de Deus: uma família que acolhe



Povo de Deus: uma família que acolhe

A infecção pelo vírus HIV/Aids é um grande problema nos dias de hoje, uma vez que não é considerado apenas um problema de saúde pública, pois perpassa pelos aspectos legais, éticos, econômicos, sociais e religiosos.

A Igreja não pode permanecer indiferente à realidade da Aids, e durante todos esses anos, ocorreram diferentes debates tentando definir a atitude que a Igreja deve ter diante dessa problemática. Algumas igrejas têm reagido de forma negativa, rejeitando pessoas afetadas e infectadas pelo vírus HIV, apresentando o argumento que interpreta esses fatos como o cumprimento dos últimos tempos, condenando assim o “pecador”.

Outras igrejas, por outro lado, assumiram uma postura de solidariedade, acompanhando, cuidando e respeitando essas pessoas. A discussão é complexa e, em vez de assumir posições face à questão, preferimos nos perguntar:

O que teria feito o Senhor Jesus diante da problemática da Aids?

“Os cristãos são gigantes adormecidos. Eles podem mudar o mundo inteiro se desejarem”.

Dra. Kiran Martin, ASHA, Índia

Reflexão bíblica: João 5.1-18

A palavra BETESDA significa, em hebraico, casa de Misericórdia. Em Betesda, no tempo de Jesus, falava-se que era o lugar onde ocorriam milagres. Então, as pessoas corriam para lá na expectativa de receberem cura. Deitadas pelo chão, ficavam esperando milagres.

Em grupo, reflita:

- Esta é uma imagem que podemos comparar à Igreja?
- De acordo com a Bíblia, a Igreja é onde podemos reconhecer como o lugar de exercício da cura e da misericórdia?
- Como em Betesda, a Igreja tem acolhido centenas de pessoas enfermas no corpo e na alma?

Considerações:

Em Betesda, e também em muitas igrejas, centenas de pessoas ficam anos participando, indo e vindo, mas como aquele homem paralítico, nunca são curadas. Isso ocorre, sem dúvida, pela insensibilidade e pela proposta individualista e egocêntrica que se instalou entre nós e tornou-se parte integrante de nossa teologia introspectiva, que propõe so-



luções isoladas, egocêntricas e individualistas.

Em Betesda, cada pessoa tinha de cuidar de si mesma, e isto impedia que, mesmo os mutilados e identificados na miséria, pudessem dar atenção ao sofrimento alheio. Como também acontece em nosso meio cristão.

Estamos tão envolvidos com nossa própria doença que não enxergamos a enfermidade de quem está convivendo conosco, ocupando o mesmo espaço, sentado domingo a domingo no mesmo banco.

Jesus assumiu toda a misericórdia existente no Pai e a exerce com toda força e significação que a palavra contém. Jesus coloca os pobres, cegos, aleijados, presos, oprimidos, os de coração ferido como prioridade de seu ministério. Os pecadores vêem nele um **amigo** com quem tem uma convivência intensa.

Jesus revela o rosto da misericórdia divina por meio de suas atitudes. Por esta razão, exige que os seus sejam misericordiosos "como o vosso pai é misericordioso". Esta é uma condição essencial para participar do reino dos Céus.

Uma Igreja que não exerce as características da misericórdia divina, que vem da presença misericordiosa de Jesus entre nós, será uma Igreja incapaz de promover cura, alívio, restauração, mesmo que tenha grande estrutura, perfeita organização, liturgia, projetos, profetas, anjos etc. Sem MISERICÓRDIA, não há saúde na Igreja.

"Solidariedade da Igreja com pessoas vivendo com HIV/Aids", autoria de Célia Regina Araújo Rodrigues Coordenadora do Programa de Saúde Integral da Igreja Metodista. Recife-PE; extraído do livro: Espiritualidade, Cidadania e Ética – pág. 117. Série Ler e Servir – Ano III nº 3 – 2001

Texto de apoio

Povo de Deus: uma família que acolhe enfermos

A Aids é uma das mais sérias crises de saúde dos tempos modernos. Ela afeta um número crescente de pessoas em todo o mundo. Mulheres, homens e crianças de todas as idades, independentemente de sua educação, nível social ou religião, estão sendo infectados e afetados por ela. Não se trata, porém, apenas de uma questão de saúde: é também um problema econômico, social, moral e espiritual de grande importância.

Tem sido difícil para as igrejas iniciar ou desenvolver um ministério de aconselhamento pastoral junto às pessoas infectadas por HIV/Aids; e isso por várias razões, inclusive medo de contaminação, ignorância sobre o vírus (considerá-lo como um castigo de Deus), falta de compreensão específica da sexualidade ou simplesmente desconhecimento de como empreender tal ministério.

As igrejas pelo mundo não estão preparadas para assumir uma atitude compassiva e relevante frente à crise. Alguns cristãos reagem moralisticamente, enquanto outros preferem o silêncio. Esse silêncio pode ser tão mortal quanto o próprio vírus. Outros, felizmente, manifestam solidariedade para com os que sofrem com a doença e se levantam contra todas as formas de discriminação, mas por vezes, não sabem como prestar aconselhamento pastoral apropriado e eficaz.

A Igreja é chamada a ser uma comunidade de cura em meio à dor e ao sofrimento, qualquer que seja sua natureza ou causa. A Igreja tem um mandato para consolar (2Co 1.3-5), para reconciliar (2Co 5.19), para amar (1Co 13) e para ministrar (Mt 25.35-37). Através da história mulheres e homens de Deus entregaram-se ao serviço dos afligidos, doentes, abandonados e pobres. São muitos os

que, à semelhança de figuras bem conhecidas como Francisco de Assis e Madre Teresa, trilham esse caminho.

Os cristãos são hoje chamados a acolher todos com amor e compaixão. Isso significa solidarizar-se com o sofrimento dos outros, mostrar-lhes aceitação incondicional e exortar o mundo a que siga o exemplo de Cristo, nosso Senhor.

O Evangelho é para todos e nosso exemplo é Jesus Cristo. Somos chamados a amar e a servir a todas as pessoas machucadas. Somos chamados a envolver-nos na dor gerada por situações particulares, de modo a capacitar as pessoas atingidas a alcançar melhor qualidade de vida.

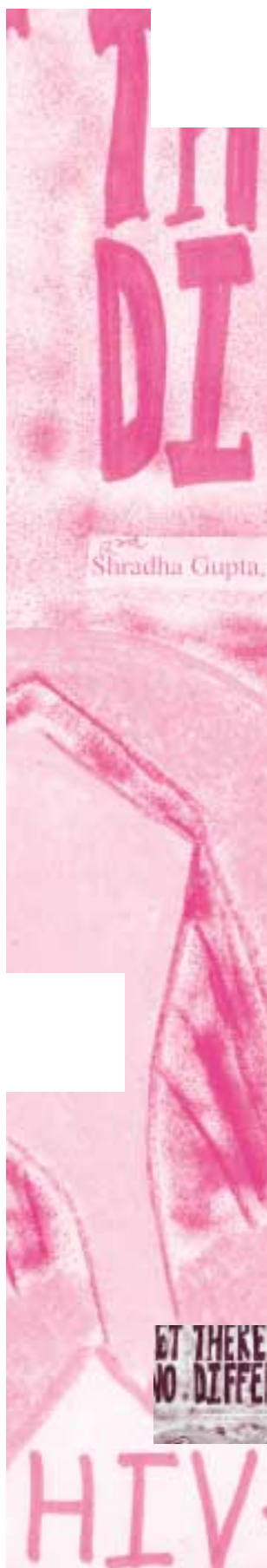
A Igreja é chamada a socorrer os que sofrem. Ela deve ajudar as pessoas a enfrentar a possibilidade e a realidade da infecção por HIV, dar apoio a elas e aos que lhes são chegados, à medida que a doença progride, integrá-los na comunidade como um todo, protestar contra critérios e práticas discriminatórias, celebrar a vida e a morte das pessoas com HIV/Aids, tratar das questões morais e éticas concernentes e trazer apoio espiritual e consolo às famílias enlutadas.

“O povo de Deus pode ser uma família que acolhe e respalda os que são enfermos por circunstâncias ligadas à Aids e que se interessa pelo irmão, irmã e filho sem restrições, exclusões, hostilidade ou rejeições”. (CMI, 1986)

“Nos mistérios da vida e da morte, encontramos-nos com Deus; esse encontro suscita confiança, esperança e espanto, antes que paralisia e imobilidade. Aqueles a quem não podemos trazer cura, terão nosso apoio e solidariedade”. (CMI, 1986)

“A morte é um mistério. Diante da realidade da morte sentimo-nos revoltados e impotentes. Devemos reconhecer, e não negar, nossa impotência. Isso tem importância particular quando compartilhamos a experiência do ministério com os doentes de Aids e quando nós mesmos recebemos o ministério deles, visto que crescemos com eles no conhecimento cristão da morte à luz da morte e da ressurreição de Cristo”. (CMI, 1986)

***Ide e anunciai - Caderno do PIEC (IPU) - janeiro/1996
Extraído do Guia de Aconselhamento Pastoral sobre HIV-Aids/Sida,
do CMI publicado em Contact, nº72 - setembro/1991***



conceitos



A cactus also has the right to blossom de Rohit Mahadule, India © Ecumenical Advocacy Alliance

Aids: conceitos e história



Aids: conceitos e história



Mas, o que é... a Aids?

A Aids (em inglês, Acquired Immunological Deficiency Syndrome ou Síndrome de Deficiência Imunológica Adquirida) refere-se ao conjunto de enfermidades que aparece na última fase da infecção pelo Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV) no corpo. Em consequência, da destruição do sistema de defesa do organismo, provocada por este vírus.

O que significa HIV?

Em inglês (Human Immunodeficiency Virus) significa:

- V** Vírus da
- I** Imunodeficiência
- H** Humana

Em português, Aids (Acquired Immune Deficiency Syndrome) significa: Síndrome de Imunodeficiência Adquirida

- S** *Síndrome*: é um conjunto de sinais e sintomas que caracterizam um agravo à saúde (exemplo: febre, dor, manchas na pele etc.).
- I** *Imuno*: sistema de defesa do corpo humano criado para atacar e destruir organismos e microorganismos que pro-

duzem doenças infecciosas, como são os vírus, fungos, bactérias e parasitos. Atuam também contra alguns tipos de câncer e tumores.

- D** *Deficiência*: faz referência ao sistema imunológico ou de defesa do organismo, que perdeu sua capacidade de defesa ou está deficiente.
- A** *Adquirida*: que se adquire por causa da entrada do vírus e se diferencia de outro tipo de imunodeficiência que pode ser congênita ou de nascimento.

Como é este vírus?

O Vírus da Imunodeficiência Humana, ou HIV, pertence à família dos retrovírus.

Como todos os vírus, ele vive e se reproduz somente dentro das células vivas de um organismo usadas como hóspedes.

Este vírus pertence à família dos vírus-lentos, assim denominados por seu prolongado período de incubação, entendendo-se este período como o tempo que transcorre desde o momento em que pessoa se infecta, até o momento que apresenta as enfermidades.

Esse período conhecido por assintomático, no caso do HIV, pode ser em média de 5 a 12 anos. Isso significa que o tempo

A TRANSMISSÃO DE HIV SE DÁ UNICAMENTE POR MEIO DO SANGUE, SÊMEN, FLUÍDOS VAGINAIS E LEITE MATERNO, UMA VEZ QUE SOMENTE ESSES LÍQUIDOS POSSUEM QUANTIDADES SUFICIENTES PARA INFECTAR OUTROS INDIVÍDUOS

que transcorre até que a pessoa apresente efetivamente os sintomas da enfermidade provocados pela entrada do HIV no organismo, pode ser de 5 a 12 anos.

O sistema imunológico ou de defesa do organismo está constituído por um conjunto de células e substâncias por elas produzidas. Esse sistema de imunológico desempenha a função de defesa contra infecções produzidas por diferentes agentes patogênicos (que produzem doenças ou patologias), assim como a destruição e eliminação de “corpos estranhos”, entre os quais as células cancerosas.

Os vírus têm uma preferência por glóbulos brancos do sangue, chamados linfócitos T-4 ou CD4, que vêm a ser como que o coração do sistema de defesa do organismo. Os vírus penetram dentro dos linfócitos T-4 ou CD4, começam a reproduzir-se em seu interior, especialmente depois de qualquer infecção, até que explodem, liberando desta forma mais vírus, que por sua vez atacam outros linfócitos, repetindo esse processo durante vários anos. Com essas explosões, os linfócitos destroem e se acabam, até que o organismo fique com poucos lin-

fócitos e, por isso, sem defesas. É aí então que aparecem os sinais e os sintomas da Aids, ou as doenças oportunistas.

O vírus da Aids fora do organismo é muito frágil, destruindo-se facilmente no meio ambiente, ou pelo uso de desinfetantes comuns como água sanitária ou soluções a base de cloro.

O HIV tem sido encontrado no sangue, sêmen, secreções vaginais, leite materno, lágrimas, urina, saliva, líquido cefalorraquidiano e em outros líquidos produzidos por outras partes do organismo como pulmões (líquidos pleurais), intestino (líquido peritoneal), e também em secreções como o pus, que é produzido em processos infecciosos. Mas ficou comprovado que a transmissão de HIV se dá unicamente por meio do sangue, sêmen, fluídos vaginais e leite materno, uma vez que somente esses líquidos possuem quantidades suficientes para infectar outros indivíduos.

Quais as explicações para a origem deste vírus?

Existem várias teorias a respeito do surgimento deste vírus, mas são apenas



“teorias”. Nenhuma delas chegou a comprovar realmente a sua origem.

- Alguns afirmam que a doença foi o resultado de experimentos em um laboratório de engenharia genética, no qual o vírus por acidente vazou, contaminando pessoas e se propagando.
- Outros defendem a idéia de que o vírus tem sua origem em animais, e que a partir destes, foi transmitido para o homem. Defensores dessa teoria afirmam terem encontrado um vírus semelhante, o SIV ou Vírus da Imunodeficiência dos Símios, em algumas espécies de símios, como é o caso do macaco verde africano. Nos anos 50 utili-



zava-se o sangue de macacos nas pesquisas para elaboração de uma vacina para a malária. Foram feitos experimentos com pessoas e acredita-se que desta maneira, passou-se o vírus para o homem. Contudo, constatou-se posteriormente que o SIV não provoca Aids em seres humanos.

- Uma terceira teoria afirma que o HIV pode ter sido produto da mutação (alterações nas características de estrutura e comportamento) de um vírus que já existia em forma natural no homem.

Como o vírus é transmitido?

A única e talvez a maior vantagem que temos hoje em relação ao HIV/Aids, é que conhecemos perfeitamente as formas como se transmite ou passa de uma pessoa para outra. Três formas básicas foram até agora identificadas:

1. Transmissão Sanguínea

Por meio da transfusão de sangue ou de seus derivados; caso tenham sido doados por um portador do HIV e a presença do vírus não tenha sido detectada pelo teste anti-HIV na amostra do sangue; para pessoas que necessitam de sangue, como por exemplo, pessoas hemofílicas, pós cirurgia ou acidentes etc.

Embora desde 1984 seja possível a realização de testes para detectar-se a presença do vírus no sangue, em alguns países do Terceiro Mundo não é feito esse tipo de teste em 100% das amostras de sangue. Assim, uma parcela da população fica exposta ao risco de infecção pelo HIV. Pode-se também depreender que as pessoas que receberam transfusões antes da realização dos testes em bancos de sangue podem estar vivendo com o HIV. No Brasil o teste anti-HIV foi instituído em 1988 (em São Paulo, 1986).

A transmissão sanguínea também pode ocorrer por meio do compartilhamento de agulhas e seringas contaminadas, esta é uma importante forma de transmissão entre usuários de droga injetável uso de instrumental cirúrgico e outros objetos perfuro cortantes que não tenham sido adequadamente esterilizados, também pode ser uma fonte de infecção.

O risco de infecção pelo uso da mesma escova de dente e lâminas de barbear de pessoas soropositivas é mínimo, mas deve ser levado em consideração.

2. Transmissão Sexual

Por meio de relações sexuais. Ficou comprovado que o vírus se encontra em maior proporção no sangue, no sêmen e nos fluídos vaginais, razão pela qual estas formas de contágio são as mais frequentes. Essas relações podem ser homem-mulher, homem-homem ou mulher-mulher. Dentre as formas de relação sexual de maior risco, está em primeiro lugar o “coito anal”, isto é, a penetração do pênis no ânus, sem preservativo. O reto

se fere ou se machuca facilmente na relação anal, ocorrendo lacerações ou feridas na mucosa retal. No “coito vaginal”, isto é, na penetração do pênis na vagina, o risco é menor do que nas relações anais, pelas características anatômicas e fisiológicas da mucosa vaginal.

O risco aumenta durante o período menstrual, tanto para o homem quanto para a mulher. Para o homem, pelo contato direto do pênis com o sangue, e para a mulher pelas mudanças fisiológicas da mucosa vaginal causadas pelos hormônios e também porque a maior concentração do vírus encontra-se no sêmen.

Um dos fatores que aumenta e potencializa o risco de contágio é a presença de Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST), como a sífilis, a gonorréia, o herpes genital etc., já que elas produzem úlceras, lesões ou machucaduras nas regiões genitais, facilitando assim a entrada do HIV.

O “coito oral”, ou seja, o contato da mucosa da boca com o pênis, vagina ou reto é perigoso sem o preservativo, embora seja o tipo de penetração de menor risco.

Quanto às relações mulher-mulher ou seja, nos casos de homossexualidade feminina, a forma de infecção pode ser pelas relações orogenitais (boca-vagina). Ou por compartilhar objetos eróticos ou sexuais. Assim, se uma mulher infectada com o HIV molha com suas secreções um objeto sexual e em seguida sua companheira o utiliza, é possível que desse modo o vírus a infecte.

São consideradas relações sexuais de risco:

- Aquelas em que há penetração, sem a devida proteção (uso de preservativos e proteção na relação oral);
- Relações com muitos parceiros(as).

3. Transmissão Vertical

A terceira forma de transmissão do vírus é da mãe para o filho, seja durante a gravidez quando o sangue contaminado da mãe passa por meio da placenta

para o filho, ou durante o parto, quando o bebê fica exposto às secreções genitais da mãe. Esta forma de contágio tem sido difícil de se comprovar, uma vez que a transmissão pode ter ocorrido antes, por meio da placenta.

O vírus pode ser também transmitido pelo leite materno durante a amamentação. Ficou comprovado que o leite materno contém vírus, e como o bebê se alimenta no seio da mãe várias vezes ao dia, este fato contribui para um maior risco de contágio, por meio do leite materno.

Calcula-se que entre 20% e 40% de filhos de mães portadoras do vírus HIV sejam infectados pelo HIV, caso a mãe não receba o tratamento adequado. Entretanto, se a mãe receber acompanhamento e tratamento adequado durante a gravidez, o bebê tem mais de 90% de chance de nascer saudável.

Como não se transmite o vírus?

Saber as formas como o vírus “*não é transmitido*” é tão importante quanto conhecer as formas como ele é transmitido. A maneira como vamos nos relacionar com as pessoas infectadas com o vírus HIV e a atitude que vamos tomar diante delas, dependerá basicamente desse conhecimento.

Infelizmente, por ignorar esses conhecimentos básicos, muitas pessoas acabam assumindo atitudes de preconceito e de rejeição para com as pessoas infectadas, agravando ainda mais toda a problemática por elas desenvolvidas. Por ser pouco resistente fora do organismo e por utilizar vias de entrada muito específicas, está fora de cogitação a possibilidade de um “contato social” tornar-se um meio de transmissão do vírus.

O HIV não é transmitido nas seguintes situações:

- Dividir a mesma casa, escritório, sala de aula, automóvel etc.
- Falar face a face com uma pessoa infectada.
- Cumprimentar ou segurar a mão.



- Abraçar-se.
- Tomar banho na mesma piscina.
- Usar a mesma roupa ou roupa de cama.
- Espirro ou tosse da pessoa infectada em nossa presença.
- Dormir na mesma cama.
- Beijar-se.
- Usar a mesma vaso sanitário.
- Tomar banho junto com a pessoa infectada.

O HIV não é transmitido por picada de insetos, uma vez que o vírus não infecta o mosquito e não se reproduz dentro dele. Além disso a quantidade de sangue que o mosquito suga numa picada não é suficiente para transmitir o vírus.

Doar sangue também não representa qualquer risco de contrair o HIV para o doador, pois as agulhas e o equipamento utilizado nas transfusões são descartáveis.



Equipamentos utilizados nas transfusões são descartáveis, não sendo utilizados novamente.

Lembramos que devemos estar muito conscientes com relação às formas como o vírus não é transmitido, já que esse conhecimento nos dá liberdade absoluta para nos relacionarmos com as pessoas que têm o vírus HIV. As pessoas têm uma grande necessidade de sentirem-se aceitas, amadas e mesmo de receberem carícias físicas. Por isso não hesitem em lhes proporcionar esse tipo de carinho.

O que acontece quando o vírus entra no corpo?

Entre oito e doze semanas depois que o vírus HIV entra no organismo por meio de uma das formas acima descritas, pode ocorrer uma infecção aguda, apresentando freqüentemente os sintomas de uma gripe, como febre, dor de cabeça, dores musculares. Essa infecção aguda dura aproximadamente duas semanas e os sintomas geralmente desaparecem com a ajuda de analgésicos ou anti-inflamatórios comuns. Por isso, é difícil suspeitar-se de que se trate de uma infecção por HIV. No entanto, desde essa fase já é possível detectar-se a presença de antígenos de HIV no sangue. Qualquer substância alheia ao organismo é denominada antígeno e geralmente provoca uma resposta imunológica ou de defesa do organismo.

Não podemos deixar de considerar o período da janela imunológica, que é o tempo compreendido entre a aquisição da infecção e a positivação do exame anti-HIV. Esse tempo varia de 21 a 90 dias, após a exposição ao risco. A janela imunológica é a causa mais comum de resultados falso-negativos.

Após essa etapa, vem a fase crônica da infecção. Durante muito tempo os portadores do HIV não apresentarão nenhum sintoma da doença. Pode-se detectar nesta etapa o anticorpo do vírus no sangue. A

duração deste período pode ser de 5 a 12 anos, tempo durante o qual o vírus vai diminuindo as defesas do organismo. Contudo, durante esse período os soropositivos podem infectar outras pessoas, mesmo sem saber, e esse é o maior perigo da transmissão do HIV.

Uma pessoa que é portadora do HIV pode reinfectar-se. Ou seja, se continua, por exemplo, a manter relações sexuais com pessoas soropositivas e não toma as precauções necessárias, o contato ou a passagem de novos vírus potencializa e acelera a destruição de seu sistema imunológico. Por isso é muito importante que estejam conscientes disso.

Enquanto as pessoas não apresentam sintomas da doença, elas são consideradas “assintomáticas” ou HIV positivas. Porém, quando esses sintomas já estão presentes, diz-se que elas tem Aids. Isso significa que as defesas da pessoa já são insuficientes.

Uma outra maneira de classificar se uma pessoa é soropositiva ou se tem Aids, é pela contagem do número de células CD4 no sangue. Se uma pessoa tem mais de 350 células CD4 por mm^3 , isso significa que está na fase HIV positiva ou soropositiva. Se uma pessoa está abaixo de 350 células CD4, isso significa que está na fase Aids, mesmo que não apresente sintomas e sinais da doença.

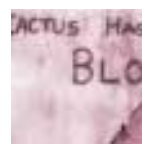
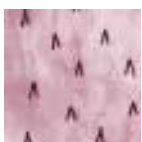
Nesta etapa da doença, o paciente em muitos casos deve receber anti-retrovirais como medida profilática, ou seja, para que o organismo esteja protegido de possíveis infecções. Essa fase da Aids tem a duração de dois a cinco anos, dependendo do meio e das condições de vida e do apoio dado ao paciente.

Especialistas desenvolveram um quadro de seis etapas, que nos ajuda a localizar as diversas fases no processo de evolução da enfermidade de uma pessoa infectada com o vírus, desde o momento em que ela é infectada até a morte e também para fornecer um resumo da história natural da doença. Essas etapas são:

- Nas etapas 1 e 2 a pessoa é infectada e torna-se portadora do vírus. Não apresenta qualquer sintoma, após a infecção aguda. A pessoa não está doente, mas pode transmitir o HIV.
- Nas etapas 3, 4 e 5, uma vez transcorrido o período de cinco a sete anos, a pessoa com o HIV pode apresentar infecções recorrentes, provocadas pelo declínio do sistema imunológico.
- Quando o organismo perdeu todas as suas defesas, o HIV se manifesta com toda a sua força, momento esse quando surgem doenças infecciosas produzidas por germes denominados “oportunistas”. Isso significa que, em condições normais de saúde, quando o sistema de defesa está saudável, tais germes dificilmente produziram tais doenças.

Como podemos saber se uma pessoa é portadora do vírus HIV?

A **única maneira** de se comprovar se uma pessoa tem HIV é por meio de um exame laboratorial. Esse exame detecta a presença de anticorpos produzidos pelo organismo contra o HIV no sangue. Esse teste chama-se ELISA (Teste Imunológico Enzimático), e é o mais utilizado em todo o mundo. Se o resultado do teste for positivo, é feito um segundo teste com o mesmo sangue ou com o sangue obtido



em um segundo exame. Se o resultado do exame ELISA for positivo, faz-se um exame confirmatório no mesmo sangue.

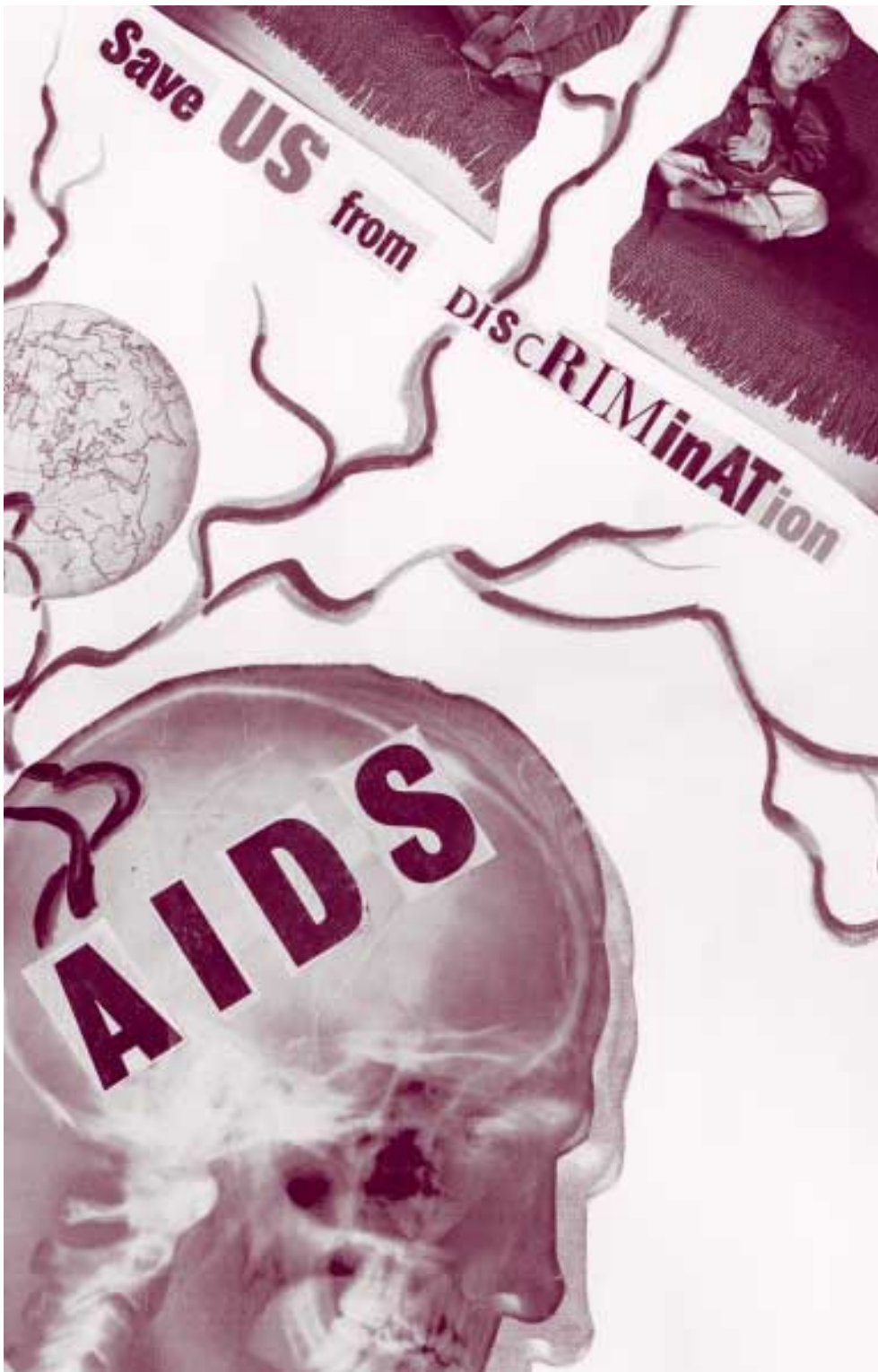
Existem outros exames para “confirmar” a presença do vírus no sangue com os nomes de Western Blott, PCR (Reação em Cadeia da Polimerasa) e a Imunofluorescência. Esses exames nos permi-

tem identificar algumas partes do HIV, e nos dão um diagnóstico definitivo. Se a pessoa tem um primeiro exame positivo colhe-se outro exame confirmatório.

Estes dois exames simplesmente confirmam o diagnóstico do HIV, não fornecendo, portanto, maiores informações sobre o quadro clínico da pessoa.

DEVEMOS ESTAR MUITO CONSCIENTES COM RELAÇÃO ÀS FORMAS COMO O VÍRUS NÃO É TRANSMITIDO, JÁ QUE ESSE CONHECIMENTO NOS DÁ LIBERDADE ABSOLUTA PARA NOS RELACIONARMOS COM AS PESSOAS QUE TÊM O VÍRUS HIV





comunidade



Igreja: comunidade terapêutica



Igreja: comunidade terapêutica

A epidemia da Aids está trazendo desafios à fé legítima e ao exercício de seus princípios, manifestos na vida de Jesus.

A questão da Aids abordada pelas igrejas, hoje, a partir da religiosidade, corre o risco da intolerância. Ela pode advir da associação prazer/sexo/pecado/doença/castigo/justiça/Deus e de valores culturais seculares justificados, por vezes, em exegeses bíblicas.

Cabe às igrejas, como portadoras do evangelho e como corpo de Cristo vivo no mundo, o urgente retorno a suas origens crísticas.

Cabe às igrejas desvelarem suas próprias doutrinas, exercer o ministério da misericórdia, da consolação, assistindo aos doentes. Não apenas aos da Aids. A todos os enfermos, com suas dores e carências que os fazem menos, menores, marginais. A tarefa é “curadura” mesmo, terapêutica. E não se exercita pelo ajuizamento, por pena, obrigação. Mas pela com-dolência, com-paixão, por comover-se numa presença ativa, amorosa, confortadora.

Um aspecto que merece especial ênfase refere-se à aceitação, respeito e afeto por parte da família, amigos e da

sociedade em geral, para com as pessoas soropositivas ou doentes.

Portanto, haveremos de perguntar:

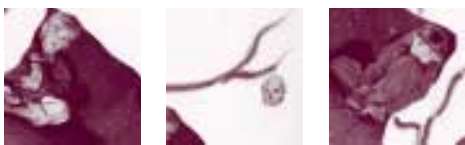
Como nós, fiéis, temos apresentado Jesus aos portadores do HIV?

Não podemos negar que há dificuldades e barreiras para abordar a Aids no meio religioso. Falar de Aids é falar de corpo, da sexualidade – questões de tratamento difícil e que se atualizaram muito pouco na relação entre igreja e sociedade. Superar esses impasses não é tarefa das mais fáceis.

Considerações:

É impossível para as igrejas, em especial do Terceiro Mundo, não se mobilizarem pelas questões nacionais, alargando muitas vezes os limites oficiais e hierárquicos, particularmente quando as questões dizem respeito aos Direitos Humanos.

Além disso, as igrejas, mais que qualquer outra instituição, trabalham sobre os mistérios da Vida e da Morte. Falam sobre a transcendência – possibilidade de transformação.



As igrejas podem engajar-se na luta contra a Aids de diversas maneiras. Em especial, atuando para barrar o que a Organização Mundial da Saúde considera a “terceira epidemia da Aids”.

A primeira epidemia corresponderia à disseminação do vírus.

A segunda a própria manifestação da síndrome, expressa em números que crescem dia após dia.

A terceira engloba as reações sociais, políticas e culturais a que se relacionam as inverdades sobre a Aids e a consequente falta de informações sobre o significado da doença.

Para enfrentar essa “terceira epidemia”, existe um remédio, existe a cura – solidariedade –, vacina eficaz contra o medo, preconceito e discriminação que atingem as pessoas afetadas pelo vírus HIV.

Esses são elementos-chave para responder aos desafios éticos e pastorais que a Aids propõe. Que as igrejas aceitem esses desafios é tarefa urgente e necessária, sobretudo porque a cura da Aids não está apontada.

Por tudo isso, sugere uma reflexão em relação à:

- Necessidade de dinamizar as igrejas, para que acompanhem a real situação.
- Necessidade de tornar prioritário o enfrentamento da Aids para que se criem condições objetivas e subjetivas de superação.
- Urgência das igrejas se juntarem ao esforço mundial para deter a epidemia, somando uma frente ecumênica no resgate da dignidade humana – à imagem e semelhança de Deus.

**“Apoio religioso contra a Aids”, autoria Jane Galvão
– extraído do livro: Igrejas e Aids (2) perspectivas
bíblicas e pastorais. ISER/1990**

Texto de apoio

Comunidade terapêutica: uma proposta

À medida que a pandemia da Aids começou a alastrar-se pelo mundo, nas duas últimas décadas, afetando, em maior ou menor grau, todos os segmentos sociais, as igrejas começaram a se voltar para esse problema, procurando oferecer, ainda que timidamente, na maioria dos casos, sua contribuição para o combate à doença. Por todo o mundo começaram a surgir, entre as mais variadas tradições religiosas, diferenciadas formas de resposta à crise pessoal e social gerada pela Aids. São programas, projetos e iniciativas que abrangem um amplo leque de atividades, desde cursos de informação/formação visando à prevenção da doença até serviços de atenção e cuidado pessoal de pessoas infectadas, passando por encontros nacionais e internacionais, de caráter ecumênico, objetivando a articulação de ações concertadas para a criação de um ambiente de aceitação e acolhida aos portadores de HIV.

Entretanto, estas iniciativas, que se multiplicam pelo mundo, estão muito longe de representar a potencialidade que o conjunto das entidades eclesásticas e organismos ecumênicos pode oferecer para colaborar de forma efetiva e pertinente para o controle da disseminação da Aids e ajudar na superação de preconceitos e discriminações que cercam os portadores do HIV.

Mais numerosas nas instituições eclesásticas e organismos ecumênicos dos países do hemisfério Norte, tais iniciativas ainda não empolgaram de forma significativa a maioria das igrejas e organismos eclesásticos do hemisfério Sul. Serviços assistenciais e caritativos, destinados à acolhida de pessoas soropositivas têm aumentado, assim como programas sobre prevenção, por meio de cursos, ciclos de palestras, projeções de vídeos etc.

Infelizmente, no entanto, é preciso reconhecer que no âmbito mais geral do mundo eclesástico a Aids ainda não foi devidamente assumida como um desafio ético decisivo a ser enfrentado e seus portadores, as mais das vezes, continuam sendo objeto de discriminação e preconceitos. Razões teológicas, culturais e sociais de variados tipos, mas relativas ao (des)entendimento da sexualidade humana, têm sido responsáveis por esta atitude de silêncio

diante da doença e de estigmatização em relação aos portadores.

Como se trata de uma enfermidade que expõe a intimidade das pessoas, também coloca em risco a intimidade dos que a cercam, na medida em que a sua revelação assinala a vulnerabilidade das racionalizações ideológicas, religiosas e comportamentais (moralistas muitas vezes) com que se procura ocultar a própria intimidade.

Neste particular são esclarecedoras as afirmações do arcebispo anglicano de York, Rev. John Habgood: O vírus da Aids é frágil. Para a sua transmissão é necessário o contato íntimo. E existe uma interessante relação entre intimidade e vulnerabilidade. Cada contato íntimo nos faz vulneráveis das mais diversas maneiras, não apenas pela transmissão de infecções, mas também psicologicamente, em nossa identidade pessoal. Por este motivo todas as civilizações cercaram as relações íntimas com regras, estruturas, cerimônias e tabus que, de certo modo, procuram proteger essas relações. Creio que a epidemia da Aids nos ensina que já não podemos tratar com superficialidade as relações íntimas das pessoas. O mundo atual perdeu de vista o fato de que os contatos íntimos entre os seres humanos precisam ser situados num marco de normatividade... Parece-me que esta concepção moral e teológica pode ser expressa de modo a ser aceitável não apenas para os que fizeram uma opção cristã, mas para todos os que reflexionam seriamente sobre nossa natureza humana e nossos contatos pessoais.

A proscrição dos soropositivos nos ambientes eclesiásticos

A presença de pessoas soropositivas incomoda as comunidades eclesiásticas. Há alguns anos tivemos notícias de pessoas que foram excluídas de suas comunidades por se terem revelado portadoras do HIV. Parece que, atualmente, essa atitude intolerante e descaridosa tem se atenuado sensivelmente. Parece que há mais abertura e compreensão. Mas o dado fundamental ainda permanece decisivo: grande número de igrejas e de cristãos não se sente à vontade com a presença de portadores dessa enfermidade em seu meio. É claro que existem numerosas exceções. Muitas igrejas têm organizado programas especiais para o atendimento solidário e acolhedor de tais enfermos. Outras têm se associado a coirmãs, em iniciativas ecumênicas, para a articulação de programas mais amplos, em várias partes do mundo, inclusive no Brasil. Isso vale tanto para católicos-romanos como para os evangélicos em geral. Há motivações bíblicas e ético-teológicas que fundamentam e sustentam tais iniciativas.

Nos ambientes ditos evangélicos, por causa de seu rigorismo puritano-moralista, no entanto, a Aids quase sempre é vista como uma enfermidade que afeta apenas os que não fazem parte da comunidade de fé, ou seja, os não-convertidos, aqueles que têm vida sexual desregrada, promíscua e aos quais as igrejas devem atender. Na maioria dos casos esse atendimento é considerado como uma oportunidade de evangelização (proselitismo). Esta atitude, mais comum do que se pode supor, é derivada da moral sexual



vigente no mundo dito cristão-evangélico, em cujo contexto considera-se impensável a existência de formas comportamentais de risco e capazes de favorecer a contaminação pelo HIV.

A não ser em caso de infecção provocada por transfusão de sangue, a existência de pessoas soropositivas, em grande parte dessas comunidades eclesíásticas, é entendida como uma confissão pública de pecados até então encobertos, o que as coloca na humilhante condição de culpadas e as expõe a todo tipo de preconceito e discriminação. Já que a conduta sexual está normatizada de forma rígida e indiscutível, a quebra de padrões impostos acarreta, de imediato, não a compaixão pelo sofrimento que a enfermidade provoca nas pessoas afetadas, mas a repulsa ao transgressor das normas consagradas. Uma das práticas que se têm observado em muitas igrejas é o ocultamento do “delito sexual” e, em consequência, da existência da enfermidade. Há muitos casos de padres, pastores e fiéis que, infectados pelo HIV, são obrigados a manter segredo de sua situação, com todas as conseqüências dramáticas e dolorosas, para não dizer profundamente desumanas, que a situação de repressão sexual em nome da fé acarreta. Quando vêm a falecer, a causa mortis é sempre encoberta!

Esta atitude revela um dos aspectos mais negativos da moral sexual repressora que tem acompanhado a história da Igreja Cristã e que uma enfermidade como a Aids forçosamente tende a desvelar. Como alguns cristãos soropositivos têm expressado, ao se descobrirem infectados, experimentam uma morte em vida, em função do círculo de horror criado pelos preconceitos e pelas discriminações de que são vítimas em suas comunidades.

Desafios

Embora o Brasil apresente, com relação à Aids, uma política pública exemplar que tem sido objeto de elogios internacionais, graças ao esforço conjunto do Ministério da Saúde e da articulação de mais de seiscentas organizações não-governamentais dedicadas à prevenção e combate da doença, a situação ainda está muito longe de apresentar um quadro tranqüilizador. E isto tanto pela quantidade de doentes notificados (mais de duzentos mil) como por suas características.

Dados epidemiológicos dos últimos anos apontam importantes tendências: a interiorização da doença – que se está disseminando por todo o território nacional, crescendo em cidades menores; o alastramento cada vez maior entre as camadas mais pobres; o crescimento do número de doentes entre os jovens; o crescimento do índice de mulheres infectadas. Além disso, se detecta grande crescimento do número de casos decorrentes da transmissão heterossexual, o que tem contribuído ainda mais para o aumento do número de mulheres infectadas com o HIV.

Diante deste quadro, as igrejas brasileiras estão convidadas a assumir o desafio que a pandemia da Aids significa para nosso povo. O estudo do Conselho Mundial de Igrejas (CMI), publicado



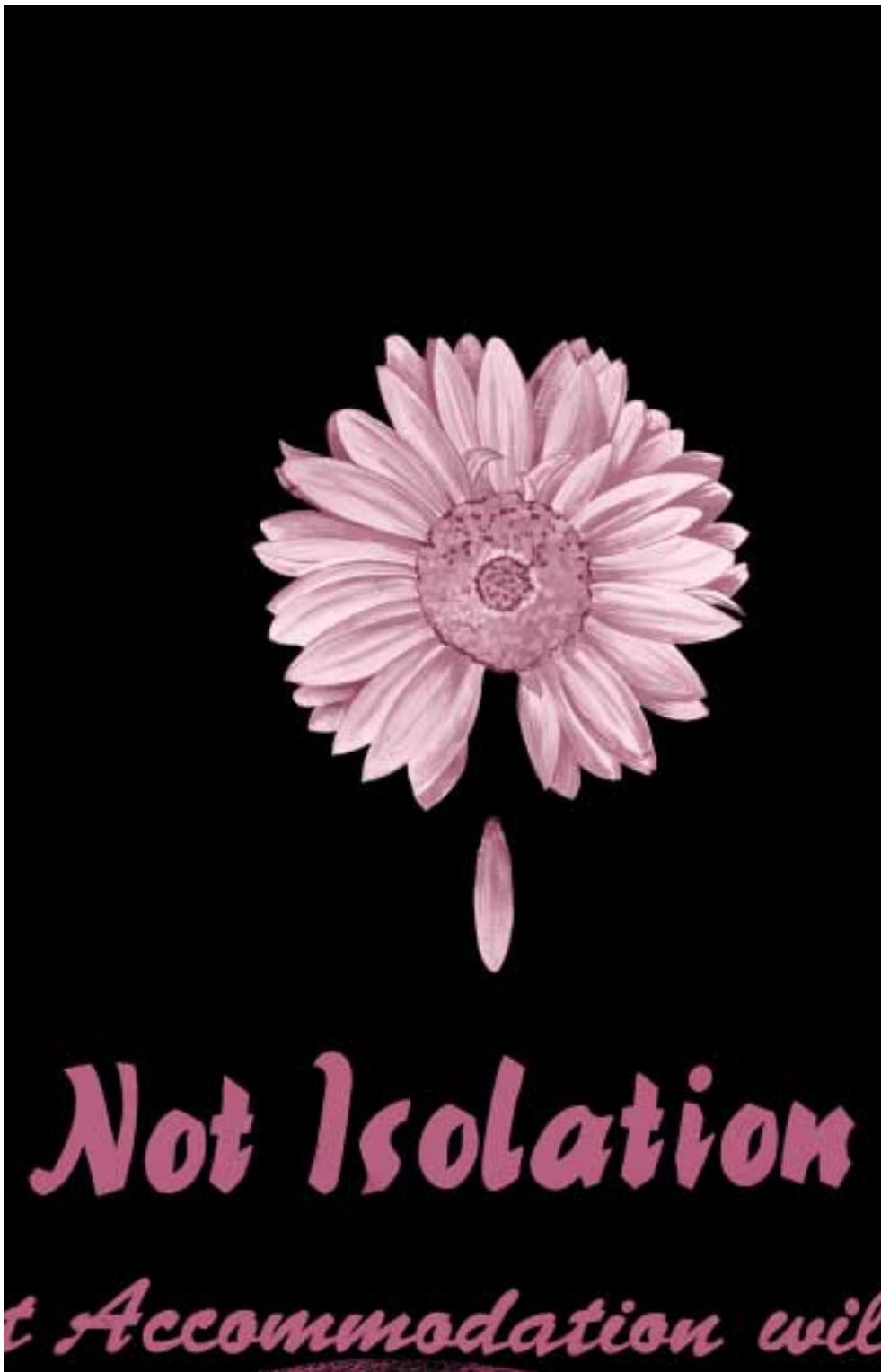
em espanhol pelo Clai, e que nos serviu de referência, finaliza suas considerações fazendo um apelo a uma participação mais consistente e direta nos esforços de prevenção da doença e de apoio e sustentação aos enfermos de Aids.

Há muito a ser feito ainda e a participação decidida das igrejas teria uma enorme relevância no processo de educação para a prevenção e na assistência às pessoas já infectadas. Dentre os muitos pedidos de colaboração dirigidos às igrejas, nesse importante e significativo documento do CMI, destacamos os seguintes:

- Pedimos às igrejas que proporcionem um clima de amor, aceitação e apoio às pessoas vulneráveis ou afetadas pela Aids.
- Pedimos às igrejas que reflitam juntas sobre a base teológica de sua resposta aos problemas criados pela Aids.
- Pedimos às igrejas que reflitam juntas sobre as questões éticas suscitadas pela pandemia e que ofereçam orientação aos que se sentem confrontados com difíceis opções.
- Pedimos às igrejas que participem do debate no plano da sociedade em geral sobre as questões éticas levantadas pela Aids, e que apóiem aqueles, dentre os seus membros, que, como profissionais da saúde, se vêem ante opções éticas difíceis em matéria de prevenção e atenção sanitária.
- Pedimos às igrejas que se esforcem em prestar melhor assistência às pessoas afetadas pela Aids.
- Pedimos às igrejas que ajudem a salvaguardar os direitos das pessoas afetadas pela Aids e que estudem, definam e promovam esses direitos mediante dispositivos tanto no plano nacional quanto no internacional.
- Pedimos às igrejas que prestem uma atenção especial à situação das crianças de todas as idades afetadas pela Aids e que tratem de criar para elas um ambiente que as apóie.
- Pedimos às igrejas que favoreçam a difusão de informação correta sobre a Aids, que promovam um clima de debate franco e que se oponham à difusão de informações errôneas e baseadas no medo.
- Pedimos às igrejas que reconheçam o vínculo que existe entre a Aids e a pobreza, e que promovam medidas em favor de um desenvolvimento justo e sustentável.
- Pedimos às igrejas que apóiem as mulheres que reivindicam sua dignidade e a possibilidade de expressar todos os seus diversos dons.
- Pedimos às igrejas que se esforcem por compreender melhor o dom da sexualidade humana, situando-o no contexto da responsabilidade pessoal, das relações, da família e da fé cristã.
- Pedimos às igrejas que façam frente ao problema da “drogadicção” e ao papel que desempenha na propagação da Aids, e que tomem medidas no plano local no que se refere à assistência, à desintoxicação, à reinserção e à prevenção.

**Zwinglio M. Dias, doutor em Teologia e integrante da equipe de KOINONIA
Texto retirado da Revista Tempo e Presença – novembro/desembro de 2001**

Not isolation, but accomodation will help de Sapna Jeevan, Kshirsagar, India © Ecumenical Advocacy Alliance



remédio



Cuidar: o principal remédio

V



Cuidar: o principal remédio

A experiência tem demonstrado que, quando um doente é aceito por si mesmo, por sua família, parceiro(a), amigos etc., sua qualidade de vida é muito melhor, adquirindo assim maior resistência às infecções e possibilitando dessa forma uma existência mais longa e produtiva.

Quando ocorre o contrário, isto é, quando o doente sente-se rejeitado e/ou quando não consegue aceitar sua situação de viver com o HIV/Aids, seu tempo de sobrevivência é mais curto e sua qualidade de vida é lastimável. Já foi provado que a reação do sistema imunológico ou de defesa se fortalece quando a pessoa é tratada com aceitação, afeto etc., e se enfraquece quando acontece o oposto.

Sublinhamos, portanto, que oferecer acolhimento, amor e solidariedade, são fatores determinantes ao longo do tratamento; tarefas para as quais cabe às igrejas capacitar seus membros.

Ao nosso ver, é importante enfatizar o conhecimento para facilitar a vivência daquilo que Paulo menciona em Gálatas 6:4:

“Que cada um examine a sua maneira de agir. Se ela for boa, então poderá se orgulhar do que ele mesmo fez, sem precisar se comparar com a conduta do outro”.

Não foi descoberto até o momento nenhum tratamento para a cura da doença. O tratamento existente tem as três seguintes limitações básicas:

1. Tratamento para impedir a reprodução do vírus utilizando substâncias que controlam sua reprodução e multiplicação, retardando desta maneira a destruição dos linfócitos CD4 ou T-4, e a aparição dos sintomas e sinais de diminuição das defesas do organismo. Os tratamentos anti-retrovirais produzem efeitos colaterais muito desagradáveis, e requerem um controle médico rigoroso.

Resultados muito bons podem ser obtidos hoje em dia por meio do controle da reprodução do vírus, pelo uso combinado de vários desses medicamentos.

O lado irônico do avanço deste tratamento é que o custo desses remédios é extremamente alto especialmente se levarmos em conta que o paciente deverá contar com recursos financeiros para a compra de remédios durante todo o resto de sua vida. No Brasil, o Sistema Único de Saúde oferece o tratamento de forma gratuita.

Termos a serem evitados	Por que evitá-los?	Quais devem ser usados?
Portador da Aids Soropositivo Aidético	Esses termos confundem duas fases distintas: a infecção por HIV e a Aids. As pessoas podem ser “portadoras” do HIV e não ter Aids. Além disto o termo “aidético” é pejorativo e discriminatório.	HIV positivo Pessoas com HIV
Teste de Aids	O teste mais comumente utilizado detecta o anticorpo por HIV. Não pode existir um teste de Aids. O diagnóstico se fundamenta em sintomas clínicos.	Teste de anticorpos por HIV
Vírus da Aids	Esse termo pode gerar confusão entre HIV e Aids.	Vírus HIV (Vírus da Imunodeficiência Humana)
Infectar-se ou contagiar-se de Aids	Embora seja possível infectar-se de HIV, as expressões infecção e contágio, ao se referirem ao HIV e à Aids, geram confusão, já que sugerem que o HIV é transmissível do mesmo modo que um resfriado ou uma gripe.	Infectar-se ou Contrair HIV Adquirir HIV
Doente de Aids	Ter Aids não significa estar sempre doente. Uma vez diagnosticada, a pessoa com Aids pode continuar trabalhando e ter uma vida normal durante um tempo considerável. O termo doente não é apropriado neste contexto.	Pessoa com Aids
Vítima inocente	Essa expressão sugere que outras pessoas com Aids são culpadas	
Grupos de risco	O fato de pertencer a qualquer grupo não aumenta por si só o risco para um indivíduo. É aquilo que ele ou ela faz, independente de como é classificado(a), que pode aumentar o risco. Em outras palavras deveríamos falar de condutas de risco e não de grupos de risco.	



2. O emprego de substâncias que recuperam ou estimulam o sistema imunológico.

Esses tratamentos não estão muito avançados, pela dificuldade de se manipular farmacologicamente o sistema imunológico. Contudo, foi aprovado um medicamento (Interleucina 2) que gera um significativo aumento na quantidade de células T-4 ou CD4 no sangue periférico, ou seja, o sangue obtido nos vasos mais externos, em pacientes nos estágios iniciais ou moderados do HIV/Aids. Falta, porém, verificar sua eficácia mais a longo prazo.

3. Controle e tratamento das doenças oportunistas e suas complicações. Um grande progresso tem ocorrido neste campo, na medida em que novos e eficazes antibióticos vão sendo incorporados e também que novas experiências vão sendo realizadas no combate às infecções. O aspecto mais importante no tratamento é manter uma alimentação adequada, além de cuidados diversos. Ou seja, tomar medidas que possam prevenir o risco de se contrair doenças infecciosas oportunistas e exercer um controle médico permanente.

Este último é um fator crítico, uma vez que incorpora não apenas o tratamento em si das infecções que podem aparecer, mas também controles

periódicos do estado do sistema de defesa do organismo, pela da contagem do número de células CD4 ou T-4. Esses controles podem nos alertar sobre futuras possíveis complicações. Eles são feitos principalmente por meio de exames de sangue.

Para nos referirmos ao HIV/Aids é preciso conhecer os termos ou expressões que devem ser evitadas: Todo e qualquer conhecimento científico é extremamente necessário, mas insuficiente para provocar mudanças.

Precisamos admitir que as igrejas calaram e agiram pouco; que muitos cristãos foram apressados demais ao julgar e condenar os portadores de HIV/Aids; que, com seu silêncio, muitas igrejas são também responsáveis pelo medo que assola o mundo, com maior rapidez que o próprio vírus.

Precisamos estimular e apoiar, em oração e ação, todos os esforços e pesquisas para combater o vírus e fortalecer o hospedeiro. E constatar que Deus lida conosco com amor e misericórdia e que, portanto, estamos livres da obrigação de sermos moralistas em relação às pessoas que vivem com HIV/AIDS.

(Texto Solidariedade da Igreja com pessoas vivendo com HIV/AIDS, autoria de Célia Regina Araújo Rodrigues, coordenadora do Programa de Saúde Integral da Igreja Metodista Recife/PE; extraído do livro Espiritualidade, cidadania e ética, pp. 118-119. Série Ler e Servir, ano III, nº 3, 2001)



OFERECER ACOLHIMENTO, AMOR E SOLIDARIEDADE,
SÃO FATORES DETERMINANTES AO LONGO
DO TRATAMENTO; TAREFAS PARA AS QUAIS
CABE ÀS IGREJAS CAPACITAR SEUS MEMBROS

Let us kill this stigma! de Muhammad Naveed Asif, Paquistão © Ecumenical Advocacy Alliance



HIV/Aids



Mulheres, homens, jovens, crianças e HIV/Aids



Mulheres, homens, jovens, crianças e HIV/Aids

O crescimento do número de mulheres infectadas traz consigo o aumento de 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, por exemplo o das drogas. Como enfrentar o 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 geralmente desenvolvem a doença e muitas têm uma longa sobrevida. Há casos em que a mãe já morreu. Outras crianças simplesmente são abandonadas no hospital. Existem algumas casas de apoio que as recebem, mas não são suficientes. As pequenas vítimas demandam atenção, cuidados, carinho. O que fazer? Qual a responsabilidade da Igreja nesse campo?

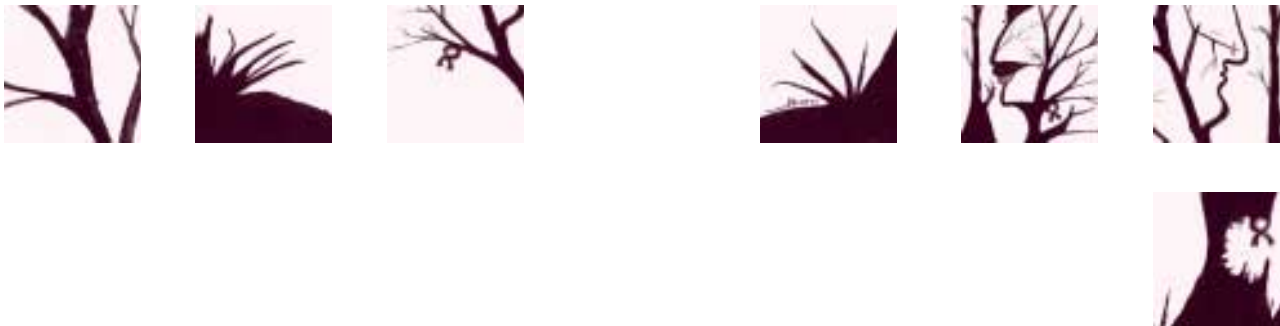
Existe ainda outra questão: e as crianças que não foram infectadas? As famílias desaparecendo, as mães morrendo,

que fazer com os filhos? Cada vez se torna mais comum que a mulher idosa, a avó, com toda a problemática da sua idade, tenha que arcar sozinha com um ônus que não consegue carregar.

Vivemos em meio a uma epidemia que já alcançou os bancos das igrejas. O crescimento e a variedade de problemas dela decorrentes colocam as igrejas ante as necessidades específicas no campo da pastoral, do aconselhamento, da diaconia e trazem também a necessidade de formulação de uma teologia que permita fazer frente às questões trazidas pelo novo momento.

A mulher brasileira, independente de sua posição social, parece saber – ou pressentir – onde mora o perigo, quando o assunto é Aids. No entanto, ainda não assumiu uma postura que evite a incidência da doença entre elas. Medo, vergonha ou preconceito são, antes do desconhecimento, as reais causas de sua contaminação, conforme comprovam as últimas informações disponíveis.

Dados divulgados pelo Ministério da Saúde revelam que mulheres na faixa etária de 19 a 39 anos já representam 70% dos novos casos notificados. O HIV já é



responsável, nas relações heterossexuais, por 80% dos registros de doenças entre as mulheres e por 40% entre os homens.

No início da década de 80, quando foram registrados os primeiros casos de Aids no Brasil, a proporção era de uma mulher para cada 23 homens. Hoje a média é de uma mulher para cada dois homens, o que mostra ser passada a época em que homossexuais eram considerados o principal grupo de risco portador

do vírus HIV no país. Atualmente eles representam apenas 17% do total de infectados pela Aids.

Com a alta incidência de infecção pelo HIV entre as mulheres, a transmissão vertical – de mãe para filho – chega a 90% dos casos com idade até 12 anos. Outro dado inesperado: a doença já atinge alto índice entre as interioranas, evidência de que a Aids deixou de habitar quase que exclusivamente as grandes cidades.

**VIVEMOS EM MEIO A UMA EPIDEMIA
QUE JÁ ALCANÇOU OS BANCOS DAS IGREJAS.
...E TRAZEM A NECESSIDADE DE FORMULAÇÃO
DE UMA TEOLOGIA QUE PERMITA FAZER FRENTE
ÀS QUESTÕES TRAZIDAS PELO NOVO MOMENTO**

Anos atrás, quando falar sobre a doença era novidade no Brasil, a maioria das pessoas infectadas – 60% – possuía nível educacional médio ou superior. Hoje, 74% dos casos, de acordo com dados divulgados em 2000, estão concentrados entre os analfabetos ou entre pessoas que não foram além do ensino fundamental. Do total de mulheres portadoras do vírus HIV, cerca de 75% não têm mais que oito anos de estudo, de acordo com o Ministério da Saúde, que aponta como principais causas para a formação desse novo grupo de risco a desinformação, o preconceito e o medo de lidar com uma possível situação positiva da doença.

As mulheres, na maioria das vezes, sentem medo de conversar com seus com-

panheiros. Julgando ser a única parceira, a mulher casada tem receio de alertar seu companheiro para a prevenção e dá espaço para que o homem se sinta no direito de ter um caso extraconjugal, sem usar preservativo. Os homens querem crer que suas mulheres não têm relacionamentos extraconjugais, e também há entre eles uma dificuldade maior de abordar a questão.

É necessário evidenciar que cada casal deverá encontrar o melhor caminho para viver, e com segurança. Sexo é uma coisa maravilhosa, que proporciona crescimento às pessoas. É carinho, entrega e confiança. Não pode significar doença e morte. Por isso tem de ser feito com responsabilidade.



**CADA CASAL DEVERÁ ENCONTRAR O MELHOR
CAMINHO PARA VIVER, E COM SEGURANÇA.
SEXO É UMA COISA MARAVILHOSA,
QUE PROPORCIONA CRESCIMENTO ÀS PESSOAS.
É CARINHO, ENTREGA E CONFIANÇA.
NÃO PODE SIGNIFICAR DOENÇA E MORTE**

♦ impacto



Involve ment of people living with HIV / Aids; raising awareness; holistic care de Cam Thi Inguen, Vietnam © Ecumenical Advocacy Alliance



O impacto do HIV/Aids e a resposta das igrejas



O impacto do HIV/Aids e a resposta das igrejas

A crise da Aids deve nos desafiar profundamente a sermos uma Igreja de fato e de verdade; a sermos Igreja como comunidade terapêutica.

A Igreja, como parte de um todo, também é afetada por essa pandemia.

A epidemia expõe o silêncio e a indiferença das igrejas e, ao mesmo tempo, as desafia a se tornarem mais informadas, mais atuantes e mais fiéis testemunhas do evangelho de reconciliação, tanto em suas próprias vidas quanto nas comunidades em que se encontram.

Métodos eficazes de prevenção

- Abstinência sexual
- Fidelidade mútua, se ambos forem soronegativos para o HIV.
- Uso de preservativo
- Práticas seguras no manuseio de sangue e objetos perfuro-cortantes.
- Educação – inclui o ensino de práticas sexuais responsáveis – de forma eficaz para frear a disseminação da infecção.
- Capacitação das mulheres, dos homens, dos jovens e das crianças.
- Criação de espaços seguros para compartilhar dúvidas, sentimentos...

Dimensões teológicas

- Criação
- Natureza humana
- Pecado e morte
- Esperança cristã e vida eterna
- Papel da Igreja como Corpo de Cristo
- Sexualidade humana
- Vulnerabilidade
- Mortalidade

A Igreja, como Corpo de Cristo, deve ser o lugar onde o amor incondicional de Deus é vivido e proclamado. Como Corpo de Cristo, a Igreja não pode deixar de entrar no sofrimento dos outros, de estar ao seu lado contra toda a rejeição e desespero. Justamente por ser o Corpo de Cristo – que morreu por todos e que entrou no sofrimento de toda a humanidade –, a Igreja não pode excluir ninguém que necessite de Cristo.

Uma posição rígida e moralista pode deformar a vida da comunidade cristã, impedindo a livre circulação de informação e a discussão franca, indispensável para se fazer face à realidade de HIV/Aids e assim controlar sua propagação.

A resposta dos cristãos e das igrejas àqueles que são afetados pelo HIV/Aids



deve ser o amor e solidariedade, manifestados em atos de atenção, apoio e empenho para prevenir que o HIV/Aids (ou qualquer outra doença ou infortúnio) seja visto como um “castigo” de Deus.

Os cristãos são chamados a considerar todas as pessoas como sendo de infinito valor, visto que todo ser humano é criado e amado por Deus.

Dimensões éticas

- Como podem as igrejas promover comportamento responsável sem, porém, tornarem-se julgadores e moralizantes?
- As implicações de certos princípios bíblicos ou teológicos para problemas específicos de hoje podem não ser evidentes.
- As igrejas podem fazer muito para promover, em seu meio e na sociedade, um clima de sensibilidade, objetividade e abertura necessárias para o exame das questões levantadas pela pandemia.

Direitos humanos

- As pessoas que vivem com HIV/Aids enfrentam, comumente, temor, rejeição e discriminação, além de terem negado seus direitos básicos como liberdade, autonomia, segurança e livre circulação – atitudes contrárias aos valores do Evangelho.
- A Igreja precisa atuar como defensora dos direitos humanos.
- Relações de amor, aceitação e amparo dentro da comunidade manifestam a bondade de Deus e são uma poderosa força “libertadora”. Facilita-se a cura quando as igrejas se abrem para a realidade da vida cotidiana e permitem que as pessoas compartilhem suas histórias e testemunhos sem temor.
- É essencial que as igrejas façam estudos com vista à compreensão da sexualidade humana.



Declaração dos direitos fundamentais da pessoa portadora do vírus da Aids

Aprovada no encontro da Rede Brasileira de Solidariedade, em 1989

CONSIDERANDO:

...que contra o medo, os preconceitos e a discriminação a prática da solidariedade é essencial, proclamamos que:

1. Todas as pessoas têm direito à informação clara, exata, cientificamente fundada sobre a Aids, sem nenhum tipo de restrição. Os portadores do vírus têm direito a informações específicas sobre a sua condição.
2. Todo o portador do vírus da Aids tem direito à assistência e ao tratamento, dados sem qualquer restrição, garantindo a sua melhor qualidade de vida.
3. Nenhum portador do vírus está submetido a isolamento, quarentena ou qualquer tipo de discriminação.
4. Ninguém tem o direito de restringir a liberdade ou os direitos das pessoas pelo único motivo de serem portadores do HIV, qualquer que seja sua raça, nacionalidade, religião, ideologia, sexo ou orientação sexual.
5. Todo o portador do vírus da Aids tem direito à participação em todos os aspectos da vida social. Toda ação que tende a recusar aos portadores do vírus um emprego, um alojamento, uma assistência ou privá-los disso, ou que tenda a restringi-los à participação nas atividades coletivas, escolares e militares deve ser considerada discriminatória e ser punida por lei.
6. Todas as pessoas têm direito de receber sangue e hemoderivados, órgãos ou tecidos que tenham sido rigorosamente testados para o HIV.
7. Ninguém poderá fazer referência à doença de alguém, passada ou futura, ou ao resultado de seus testes para a Aids sem o consentimento da pessoa envolvida. A privacidade do portador do vírus deverá ser assegurada por todos os serviços médicos e assistenciais.
8. Ninguém será submetido aos testes de Aids compulsoriamente, em caso algum. Os testes de Aids deverão ser usados exclusivamente para fins diagnósticos, para controle de transfusões e transplantes, e estudos epidemiológicos e nunca para qualquer tipo de controle de pessoas e populações. Em todos os casos de testes, os interessados deverão ser informados. Os resultados deverão ser informados por um profissional competente.
9. Todo portador do vírus tem direito a comunicar apenas às pessoas que deseja seu estado de saúde ou o resultado dos seus testes.
10. Todo portador do vírus tem direito à continuação de sua vida civil, profissional, sexual e afetiva. Nenhuma ação poderá restringir seus direitos completos à cidadania.

Viva a vida!

Bibliografia

ÁVILA, Maria Betânia. “Direitos reprodutivos, exclusão social e Aids”. Seminário de direitos reprodutivos – exclusão social e Aids. Regina M. Barbosa, Wilza V. Villela, Nair Britto, Richard Parker, IMS/UERJ, 1998.

AYRES, José Ricardo, FRANÇA Jr. “Vulnerabilidade em Tempos de Aids”. In: BARBOSA, Regina Maria Parker, Richard (orgs). *Sexualidade pelo avesso. Direitos, identidades e poder*. São Paulo, 1999.

AZZI, Riolando. “Família, mulher e sexualidade na Igreja do Brasil (1930-1964)”. In: MARCÍLIO, Maria Luiza (org). *Família, mulher, sexualidade e Igreja na história do Brasil*. Loyola, São Paulo, SP, 1993.

BAESKE, Sibyla (org). *Mulheres desafiam as Igrejas Cristãs*. Editora Vozes, Petrópolis, 2001.

BARBOSA, Regina Helena Simões. “Sexo seguro para as mulheres?” In: *Revista de Estudos Feministas*, vol. 4 nº 1, Rio de Janeiro, RJ, 1996.

BARBOSA, Regina Maria. *Negociação sexual ou sexo negociado? Poder gênero e sexualidade em tempos de Aids*. São Paulo, SP, 1999.

BARROSO, C. Bruschini. “Construindo a política a partir da vida pessoal: discussões sobre sexualidade entre mulheres pobres no Brasil”. In: *Mulher, saúde e sociedade no Brasil*. LABRA, M.E. (org). Vozes – Abrasco, Petrópolis, RJ, 1998.

BIDEGAIN, Ana Maria. *Mulheres: autonomia e controle religioso na América Latina. Cristianismo na América Latina e no Caribe: história, debates, perspectivas*. Vozes, Petrópolis, RJ, 1996.

CAMARGO JUNIOR, Kenneth Rochel de. *As ciências da Aids & a Aids da ciência: discurso médico e a construção da Aids*. Relume Dumará, ABIA, IMS/Uerj, Rio de Janeiro, RJ, 1994.

CAMPAÑA, Eduardo; MUÑOZ, Mirtha e PROAÑO, Carmen in *Programa Educação Sexual e Saúde Reprodutiva. Seminários de Capacitação – Manual de Facilitadores. Conselho Latino Americano de Igrejas – Secretaria Regional para o Brasil*.

CATÓLICAS pelo Direito de Decidir. *Sexualidade: conversando a gente se entende*. São Paulo, 1999.

CHARTIER, Rodger. “Diferenças entre os sexos e dominação simbólica”. In: *Cadernos Pagu* nº 4. Unicamp, Campinas, SP, 1995.

COGNA, Mônica e RAMOS, Silvina. *Crenças leigas, estereótipos de gênero e prevenção de DSTs/Aids*. São Paulo, SP, 1999.

CORRÊA, Sonia. "Gênero e sexualidade como sistemas autônomos: idéias fora do lugar?" In: PARKER e BARBOSA (orgs). *Sexualidades brasileiras*. Relume Dumará, ABIA, IMS/Uerj, Rio de Janeiro, RJ, 1996.

D'INCAO, Maria Ângela (org). *Amor e família no Brasil*. Contexto, São Paulo, SP, 1989.

FIGUEREDO, Regina. "Evolução das designações atribuídas aos grupos que convivem com a epidemia da Aids no Brasil". In: FIGUEREDO, Regina M.D. (org). *Prevenção às DSTs/Aids em saúde e educação*. Nepaids, São Paulo, SP, 1998.

FOUCAULT, Michel. *História da sexualidade II – O uso dos prazeres*. Trad. Maria Tereza da C. Albuquerque e J. A. Guilhon Albuquerque. Graal, Rio de Janeiro, RJ, 1994.

GALVÃO, Jane. "As respostas religiosas frente à epidemia de HIV/Aids no Brasil". In: *Políticas, instituições e Aids: enfrentando a epidemia no Brasil*. (org) Richard Parker. Jorge Zahar, ABIA, Rio de Janeiro, RJ, 1997. "Apoio religioso contra a Aids". In: *Igrejas e Aids: Perspectivas bíblicas e pastorais*. Vários, ISER, Rio de Janeiro, 1990.

GOLDANI, Ana Maria. "As famílias brasileiras: mudanças e perspectivas". In: *CADERNOS de Pesquisa* nº 91, Fundação Carlos Chagas, São Paulo, SP, 1994.

GUIMARÃES, Carmen Dora. "'Mais merece 1': o estigma da infecção sexual pelo HIV/Aids em mulheres". In: *Estudos Feministas*, vol 4 nº 2, IFCS/UFRI, Rio de Janeiro, RJ, 1996.

KOSNIK, A. *A sexualidade humana – novos rumos de pensamento católico americano*. Vozes, Petrópolis, RJ, 1982.

MARTIN, Denise. "Mulheres e Aids: uma abordagem antropológica". In: *Revista USP – Dossiê Aids*, nº 33. USP, São Paulo, SP.

OROZCO, Yury del Carmen Puello. *Mulheres, Aids e Religião: Uma análise da experiência religiosa de mulheres portadoras do vírus HIV e Aids*. Tese de mestrado em Ciências da Religião. PUC – São Paulo, SP, 2000.

PARKER & Galvão. *Quebrando o silêncio*. ABIA, IMS/Uerj e Relume Dumará, Rio de Janeiro, RJ, 1994. PARKER, Richard et al: *Aids no Brasil*. Ed. Relume Dumará: ABIA, IMS/Uerj. Rio de Janeiro, RJ, 1994.

PARKER, Richard et al. "Cultura sexual, transmissão do HIV e pesquisas sobre

Aids". In: CZERESINA, Dina. *Aids: pesquisa social e educação*. Hucitec/Abrasco. São Paulo, SP, 1994.

PEREZ, Patrícia. "Las mujeres viviendo com VIH/Sida en Argentina". In: *Cuadernos, Mujer y salud/3*. Mujeres, vulnerabilidad y HIV/Sida. Un enfoque desde los derechos humanos. Red de salud de las mujeres latinoamericanas y del Caribe, Santiago, Chile, 1998.

PIRUCCI, Antonio Flávio e Prandi Reginaldo. *A realidade social das religiões no Brasil*. Hucitec, São Paulo, SP, 1996.

RODRIGUES, Célia Regina de Araújo (Vários). *Espiritualidade, cidadania e ética*. Série Ler para Servir, ano III nº 3, 2001.

SANTOS, N.J.S. *As mulheres e a Aids*. Dissertação de mestrado. FSP, USP, São Paulo, SP, 1994.

TEMPORINI, Edméa Rita. "Prevenção da Aids: Um desafio sócio comportamental". In: *Revista USP – Dossiê Aids nº 33*. USP, São Paulo, SP, 1997.

VÁRIOS. *Espiritualidade, cidadania e ética*. Série Ler para Servir, ano III nº 3, dez /2001. Diaconia/Visão Mundial.

Glossário

AIDS: sigla da expressão *Acquired Immune Deficiency Syndrome*. É o processo viral que ataca o sistema imunológico e destrói as células de defesa do organismo. Fica-se vulnerável a doenças como pneumonia, tuberculose, meningite, sarcoma de Kaposi e outros tipos de câncer. Tais infecções oportunistas podem levar à morte. O HIV já foi isolado em sangue, esperma, secreções vaginais, saliva, urina e leite materno. Não se comprovou infecção por saliva ou urina, mas por transfusões sanguíneas, uso compartilhado de seringas ou agulhas e em relações sexuais. A mãe portadora pode transmitir o vírus ao filho na gravidez, no parto ou no aleitamento. Medicamentos têm tido relativo sucesso, mas não se descobriu cura ou vacina. No Brasil, os primeiros casos surgiram em 1980. Foram 120 mil casos até novembro de 1997. Em francês, português falado em Portugal e países lusófonos da África, e espanhol, a sigla é SIDA (Síndrome da Imunodeficiência Adquirida).

AIDÉTICO: expressão incorreta, as organizações que trabalham a questão da Aids e a CN-DST/Aids combatem o termo, por ser pejorativo e discriminatório.

ANTI-RETROVIRAL: medicamentos usados contra a infecção pelo HIV, que é um retrovírus.

ANTICORPOS: proteínas do sistema imunológico produzidas em resposta a qualquer agente agressor.

ASSINTOMÁTICO: indivíduo infectado, mas que não apresenta sintomas da doença, no caso a Aids.

AZT: sigla derivada de azidotimidina. Conhecida como zidovudina, é a droga anti-retroviral, do grupo dos inibidores de transcriptase reversa, usada no tratamento de infecção pelo HIV.

CARGA VIRAL: é um teste que informa a quantidade de HIV circulante no organismo. O teste de quantificação da carga viral é calculado em número de cópias do HIV por milímetro de plasma.

CD4: é um receptor presente nos linfócitos T-auxiliares, no qual o HIV se liga para iniciar a infecção da célula.

CÉLULA T-4: é o linfócito auxiliar da célula T-auxiliar. É nele que se localiza a partícula CD4.

CÉLULA T8: linfócitos produtores de anticorpos capazes de destruir células humanas infectadas.

CONTAMINAÇÃO: processo em que se

transmite bactérias, vírus ou fungos para materiais sólidos, líquidos ou gasosos. É próprio falar em sangue, solo, água ou agulha contaminada. Seres humanos são infectados e não contaminados.

COQUETEL (ou Terapia Combinada): termo popular para o uso de dois ou três medicamentos anti-retrovirais associados. É a tomada de um grande número de cápsulas ou comprimidos por dia. Em geral, combinam-se dois inibidores de transcriptase reversa e um inibidor de protease. O número de medicamentos e a sua posologia devem ser determinados pelo médico, segundo o estado clínico, carga viral e número de células CD4 do paciente.

DOENÇAS OPORTUNISTAS: são causadas por agentes de baixa capacidade patogênica (que não causam doenças, mas surgem devido à menor capacidade imunológica).

DNA: sigla de ácido desoxirribonucléico, material genético da célula responsável pela memória das estruturas e funções da célula. Na replicação, o ácido nucléico do HIV vira parte do DNA dos linfócitos e se multiplica até reiniciar o ciclo de infecção de outro linfócito.

DST: sigla para Doenças Sexualmente Transmissíveis. Dentre elas estão sífilis, Aids, gonorréia e clamidiose. São conhecidas por doenças venéreas.

EPIDEMIA: doença infecciosa ou agravo à saúde que surge de forma súbita e se desenvolve rapidamente, atingindo grande número de pessoas, numa mesma localidade ou região.

ELISA (Enzyme Linked Immuno-Sorbent Assay): abreviatura dos ensaios imunoenzimáticos que verificam se uma pessoa está infectada. No caso do HIV, detectam-se os anticorpos contra o vírus que circulam no sangue. Um teste reagente ELISA não significa que se está doente; outros testes devem confirmar o resultado.

FALSO-NEGATIVO: resultado negativo de testes sorológicos na amostra da pessoa infectada. Pode ser negativo porque o indivíduo não desenvolveu os anticorpos (janela imunológica) ou está em estágio tão avançado da doença que se torna incapaz de produzir anticorpos. Raramente o falso-negativo ocorre por erro de laboratório.

FALSO-POSITIVO: resultado positivo de um teste sorológico em amostra de pessoa não infectada. É comum nos testes

de triagem do tipo ELISA (entre 3 a 5% destes testes produzem resultados falso-positivos).

HIV (Human Immuno Deficiency Virus): sigla do vírus da imunodeficiência humana, causador da Aids.

INFECÇÃO: desenvolvimento e multiplicação de microorganismos, o que pode ter conseqüências várias. No caso da Aids, trata-se de penetração, desenvolvimento e multiplicação do HIV.

INFECÇÕES OPORTUNISTAS: causadas por microorganismos aos quais o corpo é normalmente imune. Mas quando o sistema imunológico está enfraquecido ou destruído, podem predominar.

IMUNODEFICIÊNCIA: estado em que o sistema imunológico fica enfraquecido e não protege o organismo.

JANELA IMUNOLÓGICA: período entre a infecção e o início da formação de anticorpos específicos contra o agente causador da doença. Este período dura semanas e o paciente, apesar de ter o agente infeccioso presente em seu organismo, apresenta resultados negativos nos testes para detecção de anticorpos.

OMS (Organização Mundial da Saúde): organismo do sistema das Nações Unidas que se dedica a promover a saúde no mundo. É também conhecida pela sigla em inglês WHO (World Health Organization).

PERÍODO DE INCUBAÇÃO: tempo entre o contato infeccioso e o aparecimento dos sintomas. No caso da Aids, é de 10-15 anos, em média.

PORTADOR ASSINTOMÁTICO: pessoa infectada, que não apresenta os sintomas, mas que pode transmitir o HIV.

PORTADOR SINTOMÁTICO: pessoa infectada pelo HIV e que apresenta sintomas da Aids.

PREVENÇÃO: medidas destinadas a deter a propagação do determinante de um agravo à saúde. No caso da Aids, como não há vacina, a prevenção é a medida mais eficaz. Para que ocorra são necessárias ações de intervenção educativas sistemáticas e continuadas, junto à população e aos grupos mais vulneráveis.

RETROVÍRUS: é o vírus que, para se reproduzir, usa o processo de conversão reversa de seu material genético, por meio de uma enzima específica (transcriptase reversa) e outras enzimas das células do

indivíduo infectado. O HIV é um retrovírus.

SARCOMA DE KAPOSÍ: tipo raro de câncer que acomete pacientes com Aids, mais comumente os homens, sendo a pele o local mais atingido.

SEXO SEGURO: relação sexual em que ambos os parceiros estão protegidos. São estratégias de sexo seguro a masturbação, inclusive mútua, o uso de preservativos, a monogamia e a fidelidade mútua de parceiros saudáveis, entre outras.

SÍNDROME: conjunto de sinais ou sintomas.

SINTOMAS: qualquer fenômeno ou mudança provocada no organismo por uma doença. Descritos pelo paciente, auxiliam, em grau maior ou menor, a estabelecer um diagnóstico.

SISTEMA IMUNOLÓGICO: sistema orgânico responsável pela defesa do organismo contra agentes nocivos. Compõe-se de células e substâncias celulares (anticorpos e citocinas). A infecção pelo HIV pode levar à destruição progressiva do sistema imunológico, o que favorece o aparecimento de complicações oportunistas características da doença.

SORONEGATIVO: pessoa que não possui anticorpos anti-HIV ou não os têm em níveis detectáveis.

SOROPositivo: pessoa que possui os anticorpos anti-HIV em níveis detectáveis. É o termo correto para se referir a uma pessoa que contraiu o HIV.

TRANSMISSÃO VERTICAL: é a transmissão de mãe para filho. Pode ocorrer durante a gestação, no parto ou no período de aleitamento.

TRANSMISSÃO PERINATAL: ver transmissão vertical.

VÍRUS: agentes microscópicos que causam doenças infecciosas. Só se reproduzem nas células vivas. No caso do HIV, sua reprodução ocorre dentro da célula T-4.

WESTERN BLOT: teste feito em amostras de sangue, para verificar se a pessoa teve contato com o HIV. Por fornecer resultados muito precisos, geralmente é usado na confirmação de um resultado já obtido com os testes de triagem.

*Glossário reproduzido do Guia Prático sobre Aids
feito pela Revista Imprensa 1998,
com apoio do Ministério da Saúde.*

