

ESCOLA SUPERIOR DE TEOLOGIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM TEOLOGIA

ELISA FENNER SCHRÖDER

MULHERES IDOSAS E O HIV/AIDS:
ABORDAGENS A PARTIR DO CUIDADO PASTORAL

São Leopoldo

2012

ELISA FENNER SCHRÖDER

MULHERES IDOSAS E O HIV/AIDS:
ABORDAGENS A PARTIR DO CUIDADO PASTORAL

Dissertação de Mestrado
Para obtenção do grau de
Mestre em Teologia
Escola Superior de Teologia
Programa de Pós-Graduação
Área de Concentração: Teologia
Prática

Orientadora: Valburga Schmiedt Streck

São Leopoldo

2012

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

S381m Schröder, Elisa Fenner

Mulheres idosas e o HIV/AIDS: abordagens a partir do cuidado pastoral / Elisa Fenner Schröder ; orientadora Valburga Schmiedt Streck. – São Leopoldo : EST/PPG, 2012.

106 p.

Dissertação (mestrado) – Escola Superior de Teologia. Programa de Pós-Graduação. Mestrado em Teologia. São Leopoldo, 2012.

1. Mulheres idosas. 2. Mulheres HIV-positivo. 3. AIDS (Doença) – Pacientes – Aconselhamento pastoral. 4. Casa Fonte Colombo. I. Streck, Valburga Schmiedt. II. Título.

Ficha elaborada pela Biblioteca da EST

ELISA FENNER SCHRÖDER

MULHERES IDOSAS E O HIV/AIDS:
ABORDAGENS A PARTIR DO CUIDADO PASTORAL

Dissertação de Mestrado
Para obtenção do grau de
Mestre em Teologia
Escola Superior de Teologia
Programa de Pós-Graduação
Área de Concentração: Teologia
Prática

Data:

Valburga Schmiedt Streck – Doutora em Teologia – EST

André Sidnei Musskopf – Doutor em Teologia – EST

Arno Vorpapel Scheunemann – Doutor em Teologia – ULBRA/RS

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus, pelo dom da vida e por ter me dado forças de seguir em frente;

Aos meus pais, Nelson e Nelci, às minhas irmãs Nelita, Leane, Neusa e a meu irmão Elói, pela compreensão, paciência, carinho e apoio. Sem vocês esse momento não seria possível;

Aos meus amigos e amigas pelo apoio e pela compreensão nos momentos em que estive ausente;

À minha orientadora, Profa. Dra. Valburga Schmiedt Streck, pela dedicação, orientação, amizade e confiança;

À Casa Fonte Colombo por ter possibilitado a inserção no contexto institucional de cuidado a pessoas portadoras do HIV/AIDS, e por ter proporcionado momentos tão ricos de aprendizado;

À Faculdades EST pela qualidade de ensino e pela abertura ao diálogo;

Ao CNPq pelo suporte financeiro.

DEDICATÓRIA

Dedico esta pesquisa a todas as pessoas engajadas com a temática do HIV/AIDS, em especial a toda a equipe de freis capuchinhos, responsáveis pelo funcionamento da casa, aos voluntários e “usuários” da instituição, sem os quais a pesquisa não teria tido o mesmo sentido.

RESUMO

O avanço de epidemia do HIV/AIDS entre a população idosa traz à tona elementos que até então permaneciam ocultos, como a vivência da sexualidade nessa faixa etária. O número de mulheres idosas infectadas com o vírus tem aumentado significativamente nos últimos anos, uma vez que a melhora na qualidade de vida incide sobre o aumento da expectativa de vida da população, tornando possível que o envelhecimento seja vivenciado de forma muito mais alegre e lúdica. Visando a análise da realidade desse público e a possibilidade de compreender a relevância do cuidado pastoral para o melhoramento de suas condições psicossociais, a presente dissertação tem por objetivo analisar a experiência de mulheres idosas, portadoras de HIV/AIDS, apontando o cuidado pastoral como uma forma de empoderamento e apoio. A pesquisa busca emergir elementos da vivência cotidiana das pessoas com HIV/AIDS, tornar visíveis os desafios que eles encontram, por meio do contato com a Casa Fonte Colombo, mas também apontar para as possibilidades e as experiências positivas que possam surgir a partir do cuidado pastoral como elemento de informação, consolo e crescimento.

Palavras-chave: Mulheres idosas. HIV/AIDS. Cuidado Pastoral.

ABSTRACT

The increasing of expectancy of the population combined to the improvement in quality of live turns possible to experience aging in a more creative way, with many possibilities targeted to this audience. The progress of HIV/AIDS among the elderly population brings out factors that until then remained hidden, as the experience of sexuality in this age group. The number of elderly women infected by HIV has increased significantly. The object of this research is the study of the HIV/AIDS in the experience of elderly women highlighting pastoral care as an art of empowerment and support. The research aims to present elements of the daily life of those who lives with HIV/AIDS, pointing the challenges those people have before themselves, through the contact to Casa Fonte Colombo, but also pointing the opportunities and positive experiences that can arise through pastoral care as an element of information, comfort and growth.

Keywords: Elderly Woman. HIV/AIDS. Pastoral Care.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	9
1 ENVELHECIMENTO POPULACIONAL E O CRESCENTE NÚMERO DE MULHERES IDOSAS VIVENDO COM HIV/AIDS	13
1.1 População brasileira e o aumento no número de idosas	14
1.2 Distribuição da população.....	16
1.3 O HIV/AIDS.....	19
1.4 Vulnerabilidade da pessoa idosa ao HIV/AIDS.....	23
1.5 Feminização e avanço do HIV/AIDS entre mulheres idosas.....	30
2 CASA FONTE COLOMBO: CENTRO DE PROMOÇÃO DA PESSOA SOROPOSITIVA-HIV: UMA EXPERIÊNCIA DE CUIDADO.....	39
2.1 Filosofia da Casa Fonte Colombo.....	39
2.2 Atividades e organização	40
2.3 Relatos da experiência prática.....	45
2.3.1 <i>Campanhas de prevenção ao diagnóstico precoce</i>	56
2.3.2 <i>Oficina Contextualizando</i>	57
3 CUIDADO PASTORAL: ABORDAGENS DO ACONSELHAMENTO ÀS PESSOAS VIVENDO COM HIV/AIDS	61
3.1 Aconselhamento pastoral: uma forma de cuidado	62
3.1.1 <i>Como entendemos o aconselhamento pastoral</i>	63
3.1.2 <i>Fundamentação bíblica e teológica do cuidado pastoral</i>	68
3.1.3 <i>Aconselhamento em momentos de crise</i>	74
3.2 Cuidado pastoral com pessoas vivendo com HIV/AIDS	77
3.3 Reflexões finais.....	83
CONCLUSÃO.....	91
REFERÊNCIAS.....	99

INTRODUÇÃO

Os resultados que se apresentam decorrem de um projeto de investigação sobre a situação em que se encontra a discussão em torno da prevenção ao HIV/AIDS, tendo a teologia – esta entendida como “inteligência da fé” – como elemento hermenêutico norteador capaz de construir aportes à cooperação teórica e conceitual desde o cuidado pastoral, uma das esferas da teologia prática, juntamente com outros saberes.

A problemática sobre a qual se delineou a pesquisa centra-se na compreensão do processo de enfrentamento, por parte de mulheres idosas vivendo com HIV/AIDS, desde o cuidado pastoral, das condições emocionais e existenciais que estas mulheres passam a lidar cotidianamente. A tarefa está circunscrita ao questionamento a respeito da possibilidade do cuidado pastoral ser uma forma relevante de auxiliar essas mulheres a reescreverem suas histórias proporcionando crescimento.

A questão central orientou-se em dois eixos, relacionados entre si: um primeiro, que procura identificar a problemática da epidemia HIV/AIDS relacionada à sexualidade feminina sob os ditames de uma cultura regida por padrões machistas, os quais ainda aliam o sexo à reprodução e ao matrimônio; um segundo, que tenta compreender o papel que a Teologia, um dos saberes hermenêuticos componentes da grade disciplinar que lida com a doença, a saber, o cuidado pastoral, como uma forma de conversação terapêutica que auxilia o crescimento. Com esta dupla perspectiva, pretende-se clarificar a relação entre os fatores que permitem a pretensão da Teologia (cuidado pastoral) como saber hermenêutico auxiliar à compreensão da problemática sociocultural de enfrentamento à epidemia de HIV/AIDS entre mulheres idosas, e os resultados que decorrem de sua práxis.

Ao procurar responder à questão central da pesquisa, pretende-se contribuir na reflexão sobre a condição de mulheres idosas com HIV/AIDS e sobre a possibilidade de auxiliá-las em seu crescimento, assim como enriquecer a análise teórica em torno da temática do cuidado pastoral e do problema social vinculado à epidemia de HIV/AIDS.

É comum associar a pessoa idosa a doença e vida sedentária, já que as mudanças fisiológicas do indivíduo vão reduzindo sua agilidade e deixando-o debilitado. Entretanto, com a melhora na qualidade de vida e o aumento da expectativa de vida da população, as pessoas idosas têm encontrado outras formas de viver essa fase da vida. A melhora na qualidade de vida possibilita à pessoa idosa se manter ativa por muito mais tempo, inclusive na vivência da sexualidade. Mudanças no comportamento das pessoas idosas têm contribuído para o aumento do número de casos de HIV/AIDS entre essa população. Falta de informação sobre os riscos de se contrair a doença e da necessidade de proteção e a carência de uma educação sexual voltada para a pessoa idosa são alguns dos fatores que podem contribuir para esse aumento.

As mulheres são mais vulneráveis ao HIV/AIDS por diferentes motivos, sejam eles sociais, culturais, religiosos, fisiológicos, entre outros. Essa vulnerabilidade foi o motivo pelo qual se optou pela delimitação temática da pesquisa. A relação entre as mulheres idosas e a epidemia HIV/AIDS como objeto de estudo desta pesquisa, além de pontuar as dificuldades sociais pelas quais passam essas mulheres, quando recebem o diagnóstico positivo, por exemplo, possibilita enxergar outras questões relacionadas à sua existência, como as situações assimétricas implicadas na construção histórica dos gêneros.

A presente dissertação de mestrado acadêmico está organizada em três partes distintas:

– Em um primeiro momento, será traçado um panorama geral das questões relacionadas ao HIV/AIDS e sobre os dados estatísticos, além de questões referentes ao envelhecimento populacional do Brasil. Aproximações a respeito dos fatores que contribuíram para a mudança na pirâmide etária da população brasileira, e que implicações essas mudanças vêm trazendo para as pessoas que envelhecem com mais qualidade, ocuparão os parágrafos do referente capítulo;

– No segundo momento, serão descritas as experiências práticas na Casa Fonte Colombo: Centro de Promoção da Pessoa Soropositiva – HIV, em Porto Alegre, enfatizando-se os processos de cuidado e aconselhamento pastoral que a instituição promove. Por mais de um ano, a proponente desta dissertação acompanhou mulheres em situação de vulnerabilidade social vivendo com o

HIV/AIDS, e que frequentam a Casa Fonte Colombo em busca de apoio e acolhimento;

– No terceiro capítulo, tratar-se-á de algumas reflexões a respeito do Aconselhamento Pastoral como um dos enfoques do cuidado pastoral. A fundamentação bíblico-teológica do cuidado pastoral também será tematizada, buscando no cuidado às pessoas, vivendo com HIV/AIDS, um jeito de empoderamento no qual essas pessoas se tornam sujeitos de sua vida, e não mais vivem como vítimas do preconceito social;

Por fim, além das conclusões pertinentes à pesquisa e sua apresentação argumentativa, vinculadas analítica e exclusivamente às obras citadas ao longo do trabalho colocam-se as referências.

Uma outra justificativa é necessária.

Seguindo o exemplo de Howard J. Clinebell, além de acatar orientação de um dos professores na banca de qualificação, quanto à questão da linguagem inclusiva, optou-se por usar o gênero masculino em um capítulo e o gênero feminino em dois capítulos. A conclusão também foi redigida usando-se o gênero feminino.

1 ENVELHECIMENTO POPULACIONAL E O CRESCENTE NÚMERO DE MULHERES IDOSAS VIVENDO COM HIV/AIDS

A pirâmide populacional do Brasil vem passando por mudanças em sua estrutura nos últimos anos, conforme dados do IBGE. Ao mesmo tempo em que as pessoas estão vivendo mais anos, a taxa de natalidade vem diminuindo, fazendo com que a população se torne cada vez mais idosa.

O envelhecimento populacional trouxe mudanças para diferentes esferas sociais. E estudos ainda precisam ser realizados para acompanhar os reflexos que essa mudança causa na organização da sociedade. Alguns dos fatores que levaram a esse aumento do número de idosas serão tratados nesta pesquisa.

A ordem natural da vida é nascer, crescer, reproduzir, envelhecer e morrer. Sendo assim, envelhecer é um processo biológico que acontece naturalmente com todos os seres humanos de forma irreversível e de forma diferente em cada indivíduo.¹ Pode-se dizer que “o processo de envelhecimento é influenciado não apenas pela idade, mas, em grande medida, pelo modo como o indivíduo vive”.²

As condições físicas e psicológicas do indivíduo irão interferir na sua disposição em seguir ou não o ritmo de vida que estava acostumado a levar antes da aposentadoria, por exemplo. Muitas pessoas, hoje em dia, chegam à idade de se aposentar e continuam trabalhando, seja por necessidade financeira ou pelo simples desejo de se sentir útil. O envelhecimento é um processo individual, e chega de forma diferente para cada pessoa.

O envelhecimento da pessoa está associado à perda de suas capacidades físicas e psicológicas. A pessoa idosa é considerada não apta a trabalhar regularmente sendo muitas vezes forçada a se aposentar. Comumente associa-se “o envelhecimento com a saída da vida produtiva pela via da aposentadoria. A Organização Mundial da Saúde e o IBGE consideram velhos aqueles que alcançam 60 anos de idade”.³

¹ MOTTA, Luciana Branco da. Repercussões Médicas do Envelhecimento. In: VERAS, Renato (Org.). *Terceira idade: alternativas para uma sociedade em transição*. Rio de Janeiro: CRDE/UnATI/UERJ, 1999. p. 107.

² MOTTA, 1999, p. 107.

³ INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). Perfil dos idosos responsáveis pelos domicílios no Brasil. Rio de Janeiro: 2000. Disponível em:

Com o avanço da idade também vão surgindo complicações de saúde. Por isso, a pessoa idosa também é geralmente associada à doença. Costuma-se dizer que após determinada idade os problemas de saúde tornam-se mais frequentes e com isso as idosas tornam-se dependentes de outras pessoas para desempenhar as atividades do dia a dia, principalmente no caso de doenças graves. No entanto, esta ideia não pode ser tomada como regra, uma vez que mais de 80% das pessoas idosas estão com sua autonomia e independência preservadas devido às suas boas condições de saúde, tanto física quanto psicológica.⁴

Tratar as questões da saúde de forma preventiva é uma das formas mais eficazes de prevenir doenças graves que atingem toda a população. Com esse objetivo, vêm sendo desenvolvidas políticas públicas voltadas para a população idosa. O cuidado com a saúde de forma preventiva contribui para um envelhecimento mais saudável, o que acaba contribuindo para o aumento da expectativa de vida da pessoa idosa.

1.1 População brasileira e o aumento no número de idosas

A expectativa de vida da população brasileira tem aumentado nos últimos anos, bem como ocorre em outros países. A diferença entre os anos de vida pode variar de um país para o outro e até mesmo de uma região para a outra. É difícil tratar as questões do envelhecimento baseando-se apenas nos anos de vida da pessoa, uma vez que uma série de fatores influencia na qualidade e na expectativa de vida dos indivíduos, entre eles diferenças econômicas, sociais e culturais.⁵

O fenômeno do aumento da população idosa não é algo recente. O aumento da expectativa de vida da população é algo que vem acontecendo ao longo de muitos anos. Pode-se dizer que o “desenvolvimento científico e tecnológico, juntamente com as profundas modificações econômicas e sociais, foi responsável pelo envelhecimento populacional e pelo substancial aumento da expectativa de

<<http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/perfilidoso/perfidosos2000.pdf>>. Acesso em: 17 nov. 2010.

⁴ VERAS, Renato Peixoto. O Brasil envelhecido e o preconceito social. In: VERAS, Renato (Org.). *Terceira idade: alternativas para uma sociedade em transição*. Rio de Janeiro: CRDE/UERJ/UnATI, 1999. p. 35.

⁵ VERAS, 1999, p. 44.

vida”.⁶ Sendo assim, o que leva os indivíduos a viverem mais está relacionado às melhorias nas condições básicas de saneamento, melhores condições de trabalho e moradia.⁷ O aumento da expectativa de vida não ocorreu na mesma proporção em todas as regiões do país, sendo possível perceber variações de uma região para a outra, conforme veremos mais adiante.

Entre os fatores que contribuíram para a mudança na pirâmide etária brasileira, podemos citar a queda nas taxas de natalidade e mortalidade infantil que ocorreram nos últimos anos, aliado ao aumento da expectativa de vida, desenvolvimento de novas tecnologias que contribuíram no tratamento de algumas doenças,⁸ melhores condições de saúde, saneamento, moradia, educação,⁹ favoreceram o aumento do número de pessoas idosas e, conseqüentemente, o envelhecimento populacional. Essa nova realidade brasileira é reflexo de mudanças sociais e culturais que ocorreram no país, devido ao seu desenvolvimento e conseqüente melhoria nas condições de vida da população. “Uma população torna-se mais idosa à medida que aumenta a proporção de indivíduos idosos e diminui a proporção de indivíduos mais jovens”.¹⁰

O envelhecimento populacional requer mudanças em diversas esferas sociais. Em uma sociedade em constante transformação, em que a modernidade, agilidade e produção são fatores determinantes, a pessoa idosa encontra barreiras e preconceitos já que o “idoso, por questões biológicas, pode apresentar algumas limitações ou dificuldades, mas isso não significa a incapacidade de realizar tarefas”,¹¹ mas pode prejudicar o seu rendimento.

⁶ LOURENÇO, Roberto Alves; MOTTA, Luciana Branco da. Prevenção de doenças e promoção da saúde na terceira idade. In: VERAS, Renato (Org.). *Terceira idade: alternativas para uma sociedade em transição*. Rio de Janeiro: CRDE/UERJ/UnATI, 1999. p. 96.

⁷ LOURENÇO; MOTTA, 1999, p.96.

⁸ CAMACHO, A. C. L. F; COELHO, M. J. Políticas públicas para a saúde do idoso: revisão sistemática. Escola de Enfermagem Anna Nery. Rio de Janeiro. *Revista Brasileira de Enfermagem*, Brasília, v. 63, n. 2, p. 279-84, mar./abr. 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v63n2/17.pdf>>. Acesso em: 10 nov. 2010. p. 280.

⁹ IBGE. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/noticia_visualiza.php?id_noticia=1766&id_pagina=1>. Acesso em: 13 dez. 2010.

¹⁰ NASRI, Fábio. O envelhecimento populacional no Brasil. *Einstein*, v. 6, supl. 1, S4-S6, 2008. Disponível em: <<http://apps.einstein.br/revista/arquivos/PDF/833-Einstein%20Suplemento%20v6n1%20pS4-6.pdf>>. Acesso em: 30 nov. 2010.

¹¹ OLIVEIRA, Rita de Cássia; SCORTEGAGNA, Paola Andressa; OLIVEIRA, Flávia da Silva. III CONGRESSO IBERO-AMERICANO DE PSICOGERONTOLOGIA, POLÍTICAS PÚBLICAS E O DIREITO DO IDOSO À INSERÇÃO EM ESPAÇOS EDUCATIVOS. *Anais...* Disponível em:

Políticas públicas garantem o acesso a inúmeros direitos (aposentadoria, atendimento preferencial no Sistema Único de Saúde (SUS), habitação, transporte, lazer)¹² da pessoa idosa, que muitas vezes são desconhecidos por eles. A idosa tem inúmeros direitos, inclusive relacionados à questão educacional. Entretanto, em diversas situações nem as mínimas condições de sobrevivência e direitos básicos são respeitados. “As políticas públicas voltadas para a terceira idade¹³ visam estabelecer direitos para um público que se encontra excluído e que não tem os direitos elementares básicos, prescritos na Constituição, respeitados”.¹⁴

1.2 Distribuição da população

Dados divulgados pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) mostram que a população brasileira vem tornando-se cada vez mais idosa, feminina e urbana. Segundo o Censo 2010, a população brasileira é de 190.732.694 pessoas. Na última década, aumentou em 20.933.524 de pessoas.¹⁵

Segundo a Organização Mundial da Saúde,¹⁶ desde 1980 até 2009, a expectativa de vida aumentou 10,60 anos. Isto significa que existe um número cada vez maior de pessoas vivendo mais tempo, exigindo assim uma mudança estrutural em vários segmentos, como, por exemplo, na previdência social, no sistema de saúde pública e também na estrutura das cidades brasileiras. Conforme o Censo

<http://geracoes.org.br/arquivos_dados/foto_alta/arquivo_1_id-173.pdf>. Acesso em: 30 nov. 2010. p. 2.

¹² GUIA da pessoa idosa. Dicas e Direitos. Disponível em: <http://www.mp.go.gov.br/portalweb/hp/41/docs/guia_da_pessoa_idosa.pdf>. Acesso em: 07 jul. 2012.

¹³ Terceira idade: o termo surge através de um movimento que visava a diminuição do preconceito implícito nos termos velho e velhice, já que as pessoas idosas vinham buscando novas formas de viver essa fase da vida. O texto define terceira idade como uma categoria etária entre a maturidade e a velhice. A terceira idade retrata um período de vitalidade, alegria e felicidade. SILVA, Luna Rodrigues Freitas. Da velhice à terceira idade: o percurso histórico das identidades atreladas ao processo de envelhecimento. *História, Ciências, Saúde*, Rio de Janeiro, v. 15, n. 1, p. 155-168, jan./mar. 2008. p. 162. Disponível em: <<http://www.scielo.org/pdf/hcsm/v15n1/09.pdf>>. Acesso em: 28 abr. 2012.

¹⁴ OLIVEIRA; SCORTEGAGNA; OLIVEIRA, 2010, p. 4.

¹⁵ INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). Censo 2010: população do Brasil é de 190.732.694 pessoas. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/noticia_visualiza.php?id_noticia=1766&id_pagina=1>. Acesso em: 13 dez. 2010.

¹⁶ MINISTÉRIO DO PLANEJAMENTO, ORÇAMENTO E GESTÃO. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Diretoria de Pesquisas Coordenação de População e Indicadores Sociais. Observações sobre a evolução da mortalidade no Brasil: o passado, o presente e perspectivas. Rio de Janeiro, 2010. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/tabuadevida/2009/notastecnicas.pdf>>. Acesso em: 21 fev. 2012.

realizado em 2010, no ano de 2009, a esperança de vida ao nascer do povo brasileiro alcançou os 73,17 anos.¹⁷

A feminização da população idosa é outro fenômeno que vem ocorrendo. Os dados mostram que as mulheres vivem mais tempo do que os homens: “em 2009, a esperança de vida masculina alcançou 69,42 anos, [...] já para as mulheres a vida média ao nascer foi de 77,01 anos”.¹⁸ O fato de as mulheres viverem mais tempo do que os homens pode estar relacionado ao cuidado. Normalmente elas estão mais preocupadas com a saúde e assim procuram os serviços de saúde com mais frequência e antecedência do que os homens. Outro fator é que muito mais homens morrem de forma violenta, como por exemplo, em acidentes de trânsito e violência urbana (crimes). Este fato fica evidente quando analisamos os resultados do Censo que mostram que existem 95,9 homens para cada 100 mulheres. Isto quer dizer que existem 3,9 milhões de mulheres a mais do que homens no Brasil.¹⁹

Quem tem mais de 60 anos de idade também está vivendo mais. Nas últimas duas décadas, “a esperança de vida aos 60 anos, para ambos os sexos, cresceu de 16,39 anos para 21,27 anos, indicando que em 2009 uma pessoa que completasse 60 anos esperaria viver, em média, até os 81,27 anos”.²⁰

Estimativas mostram que, se as taxas de fecundidade e a longevidade da população brasileira seguirem nesse ritmo, nos próximos 20 anos a população idosa poderá ser superior a 30 milhões de pessoas, o que representaria 13% da população. Nos últimos anos, a proporção idoso/criança praticamente dobrou. Se em 1980 existiam aproximadamente 16 idosos para cada 100 crianças, no ano 2000 esse número chegou a quase 30 idosos por cada 100 crianças.²¹ Essas mudanças requerem que sejam desenvolvidos programas e serviços específicos para essa população. Também se torna necessário investir na formação de profissionais que atuam diretamente com as idosas, nos mais variados âmbitos de sua vida.²²

O perfil da população jovem está mudando. “Os jovens migram na busca de oportunidades de trabalho. Além disso, um grande número de mulheres passou a

¹⁷ MINISTÉRIO DO PLANEJAMENTO, ORÇAMENTO E GESTÃO, 2010.

¹⁸ MINISTÉRIO DO PLANEJAMENTO, ORÇAMENTO E GESTÃO, 2010.

¹⁹ MINISTÉRIO DO PLANEJAMENTO, ORÇAMENTO E GESTÃO, 2010.

²⁰ MINISTÉRIO DO PLANEJAMENTO, ORÇAMENTO E GESTÃO, 2010.

²¹ INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2000.

²² CAMACHO; COELHO, 2010, p. 280.

exercer o papel de chefes de família”.²³ As famílias vivem em novas estruturas. Têm se percebido um maior planejamento familiar. Planeja-se quando e quantos filhos querem ter. Os núcleos familiares tornam-se menores. Com a entrada da mulher no mercado de trabalho, as mulheres decidem por ter filhos mais tarde e muitas até mesmo optam por abrir mão da maternidade. Isso é possível graças ao desenvolvimento de métodos anticoncepcionais (anticoncepcional e camisinha) que evitam a gravidez indesejada e permitem um maior planejamento. Aliado a isso ainda há o declínio nos índices da mortalidade infantil no Brasil, o que vem ocorrendo graças a políticas públicas voltadas para as populações mais pobres, melhorando a qualidade de saneamento e saúde dessa população. Sendo assim, “embora a fecundidade ainda seja a principal componente da dinâmica demográfica brasileira, em relação à população idosa é a longevidade que vem progressivamente definindo seus traços de evolução”.²⁴

O governo tem criado campanhas com o objetivo de motivar as pessoas idosas a praticarem um estilo de vida saudável, como a prática de exercícios físicos, alimentação saudável e acesso ao sistema de saúde. Existem diferentes práticas e projetos desenvolvidos pelo governo que tem por objetivo garantir os direitos da população idosa, bem como garantir um envelhecimento com qualidade. “É função das políticas de saúde contribuir para que mais pessoas alcancem idades avançadas com o melhor estado de saúde possível, sendo o envelhecimento ativo e saudável, o principal objetivo”.²⁵

As idosas estão envolvidas socialmente, encontrando assim outro sentido para sua vida e melhorando a sua qualidade de vida. “As mulheres idosas estão procurando, ao enviuvarem, escolas para se alfabetizar e/ou concluir um curso superior que antes não era possível, pois o marido e os filhos lhe consumiam todo

²³ SANTOS, Sueli Souza dos. *Sexualidade e amor na velhice: uma abordagem de análise do discurso*. Porto Alegre: Sulina, 2003. p. 17

²⁴ INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. *Evolução e Perspectivas da Mortalidade Infantil no Brasil*. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/evolucao_perspectivas_mortalidade>. Acesso em: 01 nov. 2008. p. 5.

²⁵ BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. *Atenção à saúde da pessoa idosa e envelhecimento*. Área Técnica Saúde do Idoso. Brasília: 2010. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/volume12.pdf>>. Acesso em: 19 nov. 2011. p. 12.

tempo”.²⁶ Cuidados com a saúde, com a beleza e com o corpo continuam em alta nessa fase da vida. Além disso, percebe-se que a vaidade permanece em alta, e os recursos para apresentar uma aparência jovial são inúmeros.²⁷

Vimos anteriormente que o povo brasileiro tem vivido mais nos últimos anos. Essa realidade é reflexo de uma série de fatores que já tornaram melhor a qualidade de vida da população e trouxeram, conseqüentemente, o aumento da expectativa de vida.

É difícil caracterizar a pessoa idosa, devido às diferenças individuais e do modo de vida de cada uma, o que faz com que o processo de envelhecimento aconteça de forma diferente em cada pessoa. “A forma como cada pessoa envelhece está determinada por suas condições subjetivas, incluindo-se aí a forma como foi vivida sua história pessoal em todos os períodos da existência”.²⁸

A expectativa de vida atualmente ultrapassa os 73 anos no Brasil, o que tem possibilitado às pessoas idosas encontrarem novas formas de viver a velhice com mais qualidade e novas possibilidades como, por exemplo, “casamento, a partir de 60 anos, a volta à produtividade, visando ao sucesso profissional, a volta aos estudos, em especial, a matrícula em uma universidade, a oportunidade, enfim, de aproveitar com plenitude a aposentadoria”.²⁹

1.3 O HIV/AIDS

A AIDS (sigla em inglês que significa Síndrome da Imunodeficiência Adquirida) é uma doença causada pelo vírus HIV, que ataca o sistema imunológico da pessoa, deixando-o comprometido e vulnerável a diversas doenças.³⁰ A presença

²⁶ KEMPP, Raquel I. *Sentimento dos familiares na institucionalização de idosos*. 2010. 68 f. Dissertação (Mestrado Profissional) – Programa de Pós-Graduação em Teologia, Escola Superior de Teologia, São Leopoldo, 2010. p. 21.

²⁷ CAETANO, Silvana Kinczel. *No embalo da rede: o impacto produzido pelo cuidado na vida dos idosos de Bagé, que frequentam o centro do idoso*. 2011. 65 f. Dissertação (Mestrado Profissional) – Programa de Pós-Graduação em Teologia, Escola Superior de Teologia, São Leopoldo, 2011. p. 18.

²⁸ SANTOS, 2003, p. 13.

²⁹ SALDANHA, Ana Alayde Werba; ARAÚJO, Ludgleydson Fernandes de. A AIDS na terceira idade na perspectiva dos idosos, cuidadores e profissionais de saúde. VII CONGRESSO VIRTUAL HIV/AIDS: o VIH/SIDA na Criança e no Idoso. Disponível em: <http://www.aidscongress.net/Modules/WebC_Docs/GetDocument.aspx?DocumentId=219>. Acesso em: 21 nov. 2011. p. 4.

³⁰ BRASIL. Ministério da Saúde. DST/AIDS e hepatites virais. Disponível em: <<http://www.aids.gov.br/data/Pages/LUMISBF548766PTBRIE.htm>>. Acesso em: 03 mar. 2012.

do vírus HIV na corrente sanguínea não significa que a pessoa esteja doente de AIDS. Por isso, em alguns momentos nos referimos somente ao vírus HIV ou a AIDS, pois elas não são indissociáveis.³¹

Existem dois tipos diferentes de HIV que são divididos em subtipos:

O HIV-1 é o agente responsável por esta pandemia a nível mundial, enquanto que o HIV-2 é responsável por epidemias localizadas, sobretudo em países da África Ocidental. “Na infecção pelo HIV-2 o maior número de casos de SIDA encontra-se no grupo dos heterossexuais. [...] É também possível encontrar a infecção pelo HIV-2 em países como o Brasil e a Índia, que possuem laços históricos com Portugal” [...] De forma geral os sintomas apresentados pelos dois tipos de HIV são os mesmos, entretanto, “os doentes com SIDA provocada pelo HIV-2 vivem geralmente mais tempo do que os doentes com SIDA provocada pelo HIV-1.”³²

O grande número de subtipos de HIV dificulta o tratamento, já que cada um deles reage de forma diferente aos medicamentos. Por isso, é importante fazer um acompanhamento médico para detectar a carga viral e testar a eficiência dos antirretrovirais. Em alguns casos, um exame de genotipagem é aconselhado.

Análises genéticas do HIV-1 resultaram inicialmente em 10 subtipos - classificados de A a J que constituem o maior grupo (M - major). Dois grupos adicionais foram posteriormente identificados e chamados de O (O - outliers) e N (N- non-M e non-O). Além disso, recombinações genéticas entre os diferentes subtipos do grupo M tem sido importante fator de aumento do mosaico de formas virais com imprevisíveis propriedades antigênicas e biológicas.³³ Informações recentes reportam que recombinações de HIV-1 também tem se traduzido em sub-epidemias regionais. O subtipo B do grupo M do HIV-1 tem sido o mais encontrado nos países da América Latina, no Caribe, e também no Brasil. Mas um

³¹ “Existem dois tipos de HIV: o HIV1 e o HIV2. O HIV 1 foi isolado em 1983 pelo Dr. Luc Montagnier. Foi denominado inicialmente de HTLVIII, pois se acreditava que ele era um subtipo de um outro vírus chamado HTLV. Somente depois de ser isolado, é que se denominou HIV. Dois anos depois, em 1985, foi isolado um HIV com algumas características diferentes do já conhecido. Esse foi denominado de HIV2. O HIV 2 leva mais tempo para manifestar a imunodeficiência por queda de CD4, o paciente permanece na condição de portador sadio por mais tempo, por outro lado, quando este tipo de HIV se manifesta como doença AIDS, a agressão e o dano imunológico podem ser muito maiores, pois ele é muito mais resistente aos remédios que hoje são utilizados para combater o vírus HIV. Esses dois tipos de HIV ainda podem se dividir em outros subgrupos identificados por letras”. MACKERT, 2009, p. 51.

³² GOMES, Perpétua. Infecção pelo Vírus da Imunodeficiência Humana tipo 2 (HIV-2). 3º HIV-AIDS VIRTUAL CONGRESS. Disponível em: <http://www.aidscongress.net/Modules/WebC_AidsCongress/CommunicationHTML.aspx?Mid=32&CommID=102>. Acesso em: 29 abr. 2012. p. 3-7.

³³ LOUREIRO, Regina et al. Prevalência e fatores de risco associados ao Subtipo C do HIV-1, em pacientes soropositivos em acompanhamento no Ambulatório de Dermatologia Sanitária da Secretaria da Saúde do Rio Grande do Sul. *Boletim da Saúde*, v. 16, n. 2, 2002. Disponível em: <http://www.sumarios.org/sites/default/files/pdfs/v16n2_08prevalencia.pdf>. Acesso em: 23 maio 2012. p. 83.

crescimento de outros subtipos do mesmo grupo (F, C, D e B/F e outros re-combinantes) tem sido evidenciados ultimamente.³⁴

Conforme estudos epidemiológicos, a prevalência dos tipos de HIV se dá a partir de distintas formas de transmissão. Entre os casos novos de HIV-1 foi constatada uma “prevalência maior de subtipo B em regiões onde havia maior predominância de infecção transmitida por contato homossexual, assim como de subtipo C em lugares onde destacava-se o crescimento de mulheres (África, Ásia e América do Sul)”.³⁵

O HIV/AIDS tornou-se uma epidemia atingindo índices altos em diversos países. Desde 1980 até junho de 2011, foram registrados 608.230 casos de AIDS no Brasil. Embora a epidemia esteja estável anualmente cerca de 35 milhões de pessoas são infectadas com o vírus. Em 2010, foram notificados 34.218 novos casos da doença.³⁶

Embora diversos estudos tenham sido realizados em busca de tratamentos para abrandar os sintomas da doença, o que mais preocupa é que até hoje não existe cura para ela. Quanto mais cedo for descoberto que a pessoa está infectada com o vírus HIV melhor para o tratamento. “A pessoa pode estar infectada com o vírus e não manifestar nenhum sintoma por vários anos”.³⁷ Em pessoas idosas, o diagnóstico da AIDS é ainda mais difícil, uma vez que ela pode ser confundida com as doenças que são normais após determinada idade.

A pessoa contaminada com o HIV pode levar anos para manifestar os primeiros sintomas, mas durante este período já pode transmitir o vírus para outras pessoas, uma vez que o vírus está presente na corrente sanguínea. O aparecimento dos primeiros sintomas indica que a pessoa está doente de AIDS. Quando a AIDS manifesta seus primeiros sintomas, isto indica que o sistema de defesa do corpo já está debilitado, o que permite que doenças oportunistas se instalem e até mesmo alguns tipos de câncer se desenvolvam,³⁸ uma vez que elas se aproveitam do

³⁴ LOUREIRO et al., 2002, p. 83.

³⁵ LOUREIRO et al., 2002, p. 83.

³⁶ BRASIL. Ministério da Saúde. BOLETIM epidemiológico AIDS-DST. Brasília: 2011. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/sites/default/files/publicacao/2010/boletim2010_preliminar_pdf_34434.pdf>. Acesso em: 9 mar. 2011.

³⁷ BRASIL, 2012.

³⁸ AIDS. Contágio da AIDS, medicamentos contra AIDS, sintomas da AIDS, formas de prevenção, tratamento, o vírus HIV, o desenvolvimento de vacinas contra AIDS. Disponível em: <<http://www.suapesquisa.com/aids>>. Acesso em: 10 mar. 2010.

sistema de defesas debilitado. No entanto, alguns sintomas indicam que o vírus se instalou no organismo, dentre eles podemos citar: “febre alta, diarréia constante, crescimento dos gânglios linfáticos, perda de peso e erupções na pele”.³⁹ Esses sintomas podem ser tão leves que poderão inclusive passar despercebidos ou confundidos com um mal estar comum, principalmente em pessoas idosas, já que esses sintomas podem ser associados a outras doenças que acometem os indivíduos nessa faixa etária. Com isso, uma hipótese de infecção pelo HIV é normalmente a última a ser levantada, o que ocasiona o retardo do diagnóstico e a demora do tratamento.

Ficou provado por pesquisas que quanto mais avançado estiver o HIV no organismo do indivíduo, mais chances ele tem de passar o vírus para suas parceiras. “Isso indica que o risco de contágio se relaciona com o estágio da deficiência imunológica ou com a doença. A probabilidade de transmissão do vírus aumenta com a frequência das relações sem proteção”.⁴⁰ Além disso, “problemas de saúde sexual das mulheres ou dos seus parceiros, como as doenças sexualmente transmitidas (muitas das quais assintomáticas em mulheres), também facilitam a infecção”.⁴¹

Pelo que se tem conhecimento a principal forma de transmissão,⁴² tanto para homens quanto para mulheres, é por via sexual em relações heterossexuais, no sexo feminino 90,4% dos casos e 29,7% dos casos no sexo masculino.⁴³ No sexo masculino, a segunda principal forma de transmissão é através de relações homossexuais, com 20,7% dos casos, enquanto que nas mulheres, a segunda maior

³⁹ AIDS, 2010.

⁴⁰ BERER; RAY, 1997, p. 169.

⁴¹ Dossiê Mulheres com HIV/AIDS. Elementos para a construção de direitos e qualidade de vida. Instituto Patrícia Galvão – Comunicação e mídia, 2003, p. 9. Disponível em: <http://www.giv.org.br/publicacoes/dossie_mulheres_com_hiv aids.pdf>. Acesso em: 4 maio 2012.

⁴² No site do Ministério da Saúde podemos encontrar de uma forma bem simplificada as principais formas de transmissão do vírus de uma pessoa para a outra. A principal forma de transmissão do HIV é através de relações sexuais, já que ele pode ser transmitido de uma pessoa a outra através do sangue ou sêmen da pessoa infectada. Outras formas de transmissão são: uso coletivo de seringas ou agulhas (uso de drogas), transfusão de sangue contaminado, a mãe infectada pode passar o HIV para o filho durante a gestação, o parto e a amamentação e através de instrumentos que furam ou cortam, não esterilizados. Disponível em: <<http://www.aids.gov.br/pagina/duvidas-frequentes#dst>>. Acesso em: 27 abr. 2012.

⁴³ Além de conhecer as formas de transmissão do vírus também é importante conhecer as formas através das quais o vírus não pode ser transmitido. Beijar na boca, abraçar, apertar as mãos, compartilhar talheres ou copos são formas pelas quais o vírus HIV não é transmitido. PADILHA; ALMEIDA, 2000, p. 26.

forma de transmissão se dá através do uso de drogas injetáveis, com 8,5% dos casos.⁴⁴

1.4 Vulnerabilidade da pessoa idosa ao HIV/AIDS

A epidemia do HIV/AIDS irrompeu no início da década de 1980, trazendo consigo uma série de dúvidas sobre a doença, além de muito estigma e discriminação para com as pessoas por ela afetadas. Esse estigma deve-se ao fato de os primeiros casos da doença terem sido registrados entre homossexuais e usuários de heroína, grupos que até então já eram excluídos da sociedade. Com o aparecimento do HIV/AIDS entre esses grupos a discriminação aumentou ainda mais, já que eles foram “culpabilizados por terem optado por práticas, sexuais ou de drogadição reprovadas pela sociedade e consideradas imorais”.⁴⁵ A AIDS chegou, inclusive a ser conhecida como *câncer gay*.⁴⁶ Posteriormente, o estigma foi ampliado a outros grupos marginalizados. Logo percebeu-se que embora a transmissão sexual seja a principal responsável na disseminação do vírus, há uma redução significativa nos casos entre homossexuais e conseqüentemente um aumento entre os homens heterossexuais e as mulheres.⁴⁷

A epidemia do HIV/AIDS produz impactos em todos os aspectos da vida humana, tanto na vida de quem sofre com a doença como entre aqueles que convivem com ela. O HIV é um problema social que se instalou no mundo. Ele não está relacionado apenas a questões de saúde pública, mas também requer ações que envolvam a sociedade como um todo, exigindo mudanças de paradigmas e nas estruturas sociais e políticas. O HIV/AIDS se “instalou no mundo sem distinguir fronteiras geográficas, políticas, culturais ou étnicas”.⁴⁸

As vítimas do HIV/AIDS não ficaram paralisadas diante da epidemia. Pelo contrário, foram em busca de informações sobre a doença, formas de prevenção e

⁴⁴ BRASIL. Ministério da Educação. Departamento de DST, AIDS e Hepatites Virais. Portal sobre AIDS, doenças sexualmente transmissíveis e hepatites virais. *AIDS no Brasil*. Disponível em: <<http://www.aids.gov.br/pagina/idosos>>. Acesso em: 03 dez. 2010.

⁴⁵ BERNARDI, José (Org.). *Vulnerabilidade social e AIDS: o desafio da prevenção em tempos de pauperização da epidemia*. Porto Alegre: CNBB; Pastoral de DST/AIDS: 2005. p. 24.

⁴⁶ GALVÃO, Jane. *AIDS no Brasil: agenda da construção de uma epidemia*. Rio de Janeiro: ABIA; São Paulo: 34, 2000. p. 35.

⁴⁷ PARKER, Richard. *A construção da solidariedade: AIDS, sexualidade e política no Brasil*. Rio de Janeiro: ABIA/IMS/UERJ/Relume-Dumará, 1994. p. 27.

⁴⁸ BERNARDI, 2005, p. 22.

tratamento. As pessoas que foram vítimas dessa epidemia não silenciaram, conseguindo, através de grupos organizados, tanto da sociedade civil quanto com o apoio do governo, conquistas na área dos direitos humanos e da cidadania.⁴⁹

Ao longo do tempo foram sendo desenvolvidas políticas públicas com o objetivo de interromper a transmissão do vírus e, em segundo lugar, retardar ao máximo o surgimento da imunodeficiência ou doenças oportunistas.⁵⁰ Através do uso de medicamentos antirretrovirais, de forma gratuita, as pessoas que vivem com HIV/AIDS ganharam qualidade de vida, já que os medicamentos diminuem a ação do vírus no organismo. Além da distribuição dos medicamentos, também foram garantidos serviços hospitalares às pessoas portadoras do vírus.⁵¹

Desenvolveram-se ações que tinham a intenção de garantir direito à aposentadoria, transporte gratuito, auxílio saúde, entre outros benefícios, como forma de garantir uma melhor qualidade de vida às pessoas atingidas pela doença. Essas articulações surgiram, em um primeiro momento, de organizações não governamentais, partindo para programas do governo ou através do judiciário.⁵²

O Brasil tem sido elogiado por seu programa de saúde e prevenção em relação ao HIV/AIDS por possuir uma diversidade de medicamentos antirretrovirais, além de garantir acesso a esses medicamentos de forma gratuita às pessoas que deles necessitam. Da mesma forma, busca-se oferecer outros programas que visam diminuir os danos causados pela doença na vida das pessoas. Dessa forma, quem vive com HIV/AIDS passa a ter uma melhor qualidade de vida, o que resultou em uma diminuição das taxas de mortalidade de pessoas vivendo com HIV/AIDS.⁵³

O HIV infecta diariamente milhares de pessoas no mundo inteiro. Se antes se dizia que havia grupos de risco, “atualmente não existe mais uma classificação de

⁴⁹ BERNARDI, 2005, p. 23.

⁵⁰ Infecção oportunista ou doença oportunista é a patologia que pode desenvolver um portador de uma doença que promova uma dificuldade de resposta imunológica celular do organismo. “[...] Portanto, as infecções oportunistas são doenças que aproveitam uma situação não comum para se manifestar”. MACKERT, Ciane. *Deu positivo. E agora doutor? HIV-AIDS: as perguntas que ainda permanecem depois de anos*. Rio de Janeiro: Wak, 2009. p. 59.

⁵¹ BERNARDI, 2005, p. 87.

⁵² BERNARDI, 2005, p. 88.

⁵³ BRASIL. Ministério da Saúde. Boletim epidemiológico AIDS e DST – 27^a a 52^a – semanas epidemiológicas – jul./dez. 2009 / 01^a a 26^a semanas epidemiológicas – jan./jun. 2011. Ano VII, n. 01. Brasília: 2011. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/sites/default/files/anexos/publicacao/2011/50652/boletim_aids_2011_preli_minar3_pdf_20265.pdf>. Acesso em: 29 abr. 2012.

grupos de risco predeterminados, existe, sim, a condição de *Situação de Risco*.⁵⁴ Isto quer dizer que se um indivíduo praticar relações sexuais desprotegidas, por exemplo, ele estará se expondo a uma situação em que existe o risco de ser contaminado com vírus HIV. Assim, “independentemente se é um indivíduo casado, solteiro, homossexual ou heterossexual, usuário ou não de drogas, profissional do sexo etc. O que ocorre é que quanto maior for a exposição deste indivíduo, maior risco ele estará correndo”.⁵⁵ Nessas condições, pode-se aplicar o conceito de vulnerabilidade. O Ministério da Saúde define vulnerabilidade como “conjunto de fatores de natureza biológica, epidemiológica, social, cultural, econômica e política cuja interação amplia ou reduz o risco ou a proteção de um grupo populacional, diante de uma determinada doença condição ou dano”.⁵⁶

Um fenômeno que vem ocorrendo e que pode ser percebido através dos dados do Boletim Epidemiológico é que o HIV/AIDS alcançou todas as camadas da população, inclusive as pessoas idosas. Tem-se percebido um aumento significativo nos casos de infecção nessa faixa etária e os motivos que podem estar relacionados a isto é o que trataremos em seguida.

Costuma-se pensar que a pessoa idosa perde suas habilidades ao longo do tempo, torna-se incapaz de desempenhar determinadas funções sozinhas. Para muitas pessoas, é difícil pensar que as pessoas na terceira idade possam se relacionar com outra pessoa quanto mais ter relações sexuais após os 60 anos de idade.

Pela resistência e dificuldade em ver a pessoa idosa como sujeito sexualmente ativo, os programas sociais direcionados à terceira idade são, em sua maioria, voltados principalmente para a socialização. Nesses locais, estimula-se o relacionamento entre as pessoas, o que pode resultar em relacionamentos amorosos. O que acontece é que, embora o encontro entre as pessoas seja estimulado, eles não vêm acompanhados de orientação sobre os cuidados necessários e a necessidade de prevenção sobre eventuais doenças sexualmente

⁵⁴ MACKERT, 2009, p. 42.

⁵⁵ MACKERT, 2009, p. 42

⁵⁶ BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. HIV/AIDS, hepatites e outras DST. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/abcd18.pdf>>. Acesso em: 29 jan. 2012. p. 20.

transmissíveis e que, apesar de idosas, estas pessoas também são vulneráveis a esse tipo de doenças.⁵⁷

Apesar de se pensar que ter uma vida sexualmente ativa é algo exclusivo de pessoas jovens, tem se percebido que a população acima dos 50 anos de idade tem conquistado cada vez mais liberdade nesse sentido. A melhoria nas condições de vida da população está aliada ao acesso aos serviços de saúde e saneamento, melhoria nos alimentos, lazer e bem-estar. Também o desenvolvimento de medicamentos que melhoram o desempenho sexual, principalmente dos homens, faz com que eles sintam-se fortes e com disposição, melhorando assim o seu desempenho sexual.⁵⁸

Homens e mulheres após os 50 ou 60 anos de idade reiniciam sua vida com novos parceiros após ficaram viúvos ou separados e com os filhos criados. Observa-se que os homens têm maiores probabilidades de casarem novamente do que as mulheres. A sociedade aceita com muito maior facilidade um homem no final da vida se relacionar com uma mulher ainda que ela seja mais jovem, do que o contrário. Para as mulheres, é muito mais difícil, por que elas geralmente estão preocupadas com os filhos e com o preconceito por parte da sociedade em geral.⁵⁹ Cabe às mulheres desempenhar o papel de cuidadoras.

As mulheres cresceram e foram educadas dentro de padrões que as reduziam a ser mães e donas de casa. Cabia às mulheres o papel de cuidar dos filhos e do lar. Aquelas que fugiam dessa regra não eram bem vistas pela sociedade. Percebe-se assim a submissão das mulheres imposta pelo sistema patriarcal, que de forma mais sutil continua até os dias atuais.⁶⁰

O preconceito existente em torno da sexualidade, principalmente na pessoa idosa acaba por anular os benefícios que o sexo pode trazer para as pessoas. Nos

⁵⁷ LISBOA, Márcia Eliza Sérgio. *A invisibilidade da população acima de 50 anos no contexto da epidemia HIV/AIDS*. Disponível em: <<http://marcia.binarios.net/Trabalhos%20Publicados%20%28PDF%29/A%20invisibilidade%20da%20popula%E7%E3o%20acima%20de%2050%20anos%20no%20contexto%20da%20epidemia%20AIDS.7aidscongress.pdf>>. Acesso em: 29 nov. 2010. p. 3.

⁵⁸ LISBOA, 2010, p. 1.

⁵⁹ VERAS, 1999, p. 35.

⁶⁰ RODRIGUES, Aretusa de Paula; JUSTO, José Sterza. A resignificação da feminilidade da terceira idade. In: ESTUDOS INTERDISCIPLINARES SOBRE O ENVELHECIMENTO. Porto Alegre: Núcleo de Estudos Interdisciplinares sobre o Envelhecimento da PROEXT/UFRGS, v. 14, n. 2, dez. 2009. Disponível em: <<http://seer.ufrgs.br/RevEnvelhecer/article/view/7233>>. Acesso em: 23 mar. 2012. p. 171.

dias de hoje, graças a estudos científicos, já se sabe que o sexo pode ter efeitos benéficos sobre o corpo de quem o pratica de forma saudável.⁶¹

O sexo ainda está muito atrelado à reprodução. Pensa-se que as pessoas, depois de passarem da idade reprodutiva, não precisam mais de sexo e nem sentem necessidade de fazê-lo. No entanto, isso não condiz com a realidade das pessoas idosas, pois, “as pessoas de mais idade que gostam de sexo devem ser encorajadas e apoiadas”⁶² à fazê-lo e também é importante que recebam informações necessárias para que possam exercer sua sexualidade sem culpa ou preconceito, bem como receber tratamento adequado caso venha a surgir algum problema.⁶³

Na velhice, “a sexualidade, reação física e emocional ao estímulo sexual, está além do impulso e do ato sexual. Para muitas pessoas de mais idade, ela oferece a oportunidade, não apenas de expressar paixão, mas afeto, estima, lealdade”.⁶⁴ É preciso levar em conta que, com o passar do tempo, o desejo sexual pode diminuir ou tornar-se mais lento em ambos os sexos, mas enquanto a pessoa estiver se sentindo saudável, tanto física quanto psicologicamente, ela poderá sentir desejo e prazer durante toda sua vida.⁶⁵

Homens e mulheres desenvolvem sua atividade sexual em fases diferentes de sua vida. “Se para as mulheres, o pico de responsividade sexual ocorre aos 30 ou início dos 40 anos, declinando lentamente, entre os homens este fenômeno se dá em torno de 17 e 18 anos, declina com mais rapidez quando comparado com as mulheres”.⁶⁶ Com o envelhecimento, tanto homens quanto mulheres tendem a diminuir a frequência de relações sexuais. Isso se dá devido a mudanças que ocorrem naturalmente no corpo do indivíduo.

Após a menopausa a mulher pode apresentar problemas sexuais como a diminuição da libido, falta de orgasmo, diminuição da lubrificação da vagina

⁶¹ SIMÕES, Regina. *Corporeidade e terceira idade: a marginalização do corpo idoso*. Piracicaba: UNIMEP, 1994. p. 69.

⁶² BUTLER, Robert N.; LEWIS, Myma I. *Sexo e amor na terceira idade*. São Paulo: Summus, 1985. p. 17.

⁶³ VERAS, 1999, 169.

⁶⁴ BUTLER; LEWIS, 1985, p. 17.

⁶⁵ RISMAN, Arnaldo. Corpo-mente-sexualidade: uma expressão eterna. In: VERAS, Renato (Org.). *Terceira idade: alternativas para uma sociedade em transição*. Rio de Janeiro: Relume-Dumará/UnATI/UERJ, 1999. p. 168.

⁶⁶ PEREIRA, Andréa Moraes; ALVES, Elaine Cristina Santos; LEÃO, Harley Medawar; FREIRE, Maria Aparecida Fontes. *Sexualidade do idoso*. Disponível em: <<http://189.75.118.67/CBCENF/sistemainscricoes/arquivosTrabalhos/Sexualidade%20idoso.pdf>>. Acesso em: 11 mar. 2012. p. 11.

e dor durante a relação sexual, distúrbios estes plenamente corrigidos com o uso de medicação apropriada. O homem pode apresentar impotência devido a problemas circulatórios e à diminuição da sensibilidade na região do pênis, mas na grande maioria das vezes a impotência se deve a fatores emocionais.⁶⁷

Os avanços tecnológicos têm favorecido a pessoa idosa no desempenho de suas relações sexuais. Com o uso dos medicamentos, os idosos sentem-se mais seguros e confiantes no desempenho de suas relações. A autoestima também melhora e isso contribui para que a pessoa idosa se sinta confortável para fazer suas investidas amorosas. A mulher idosa não é mais aquela que passa os dias cuidando da casa, dos netos, fazendo tricô. Hoje ela está cheia de planos para o futuro.⁶⁸

A cultura sexual do tempo em que os idosos de hoje eram jovens passou por muitas mudanças. Valores que mudavam devagar atualmente se transformam rapidamente, auxiliados pelos meios de comunicação, de forma especial pela televisão. A liberdade sexual trouxe benefícios, mas não veio acompanhada de reflexões sobre o que essas mudanças significam para a vivência dessa liberdade. “O problema é que a mensagem do sexo sem limitações não veio acompanhada de educação para o uso do preservativo”.⁶⁹ Essa população não está preocupada com o advento das doenças sexualmente transmissíveis (DST) e com HIV/AIDS.

A população idosa não está consciente da necessidade do uso de preservativo em suas relações sexuais. Falta de informação sobre como usar o preservativo e também o mito de que o preservativo pode prejudicar a ereção são motivos pelos quais as pessoas idosas não aderem ao seu uso. “Muitos homens temem perder a ereção e/ou não possuem habilidades para colocar o preservativo, e acreditam que o cuidado só é necessário nas relações extraconjugais ou com profissionais do sexo”.⁷⁰

Já as mulheres com mais de 50 anos não sentem a necessidade do uso de preservativo, pois veem o preservativo como método contraceptivo. Sendo assim,

⁶⁷ PEREIRA; ALVES; LEÃO; FREIRE, 2012, p. 15.

⁶⁸ RODRIGUES, 2009, p. 172.

⁶⁹ SILVA, Lucineide; PAIVA, Mirian Santo. Vulnerabilidade ao HIV/AIDS entre homens e mulheres com mais de 50 anos. In: VII CONGRESSO VIRTUAL HIV/AIDS: o VIH/SIDA na Criança e no Idoso. Salvador. Disponível em: <http://www.aidscongress.net/Modules/WebC_Docs/GetDocument.aspx?DocumentId=242>. Acesso em: 23 abr. 2012. p. 2.

⁷⁰ SILVA; PAIVA, 2012, p. 3.

elas por terem realizado procedimentos cirúrgicos para evitar a gravidez ou de não poderem engravidar, por não estarem em idade fértil, não sentem necessidade do uso do preservativo nas suas relações sexuais. Entretanto, as mudanças no corpo da mulher em decorrência do envelhecimento fazem com que “as paredes vaginais se tornam mais finas e ressecadas, favorecendo ao surgimento de ferimentos que abrem caminho para as infecções sexualmente transmissíveis”,⁷¹ como HIV/AIDS. Por isso, o uso de preservativos é importante também entre a população idosa.

Essas e outras razões fazem com que os indivíduos idosos fiquem expostos a situações de vulnerabilidade ao HIV/AIDS. Além disso, o diagnóstico é feito tardiamente nessa faixa etária. “Isto porque, nem sempre sua vida sexual é questionada nas consultas, predominando o mito de que são monogâmicos(as), têm um ritmo sexual diminuído ou já não fazem sexo”.⁷² Sendo assim, o tempo de sobrevivência diminui, pois a medicação começa a ser administrada tardiamente e o número de novas infecções tende a aumentar, já que não se adota um discurso de prevenção para essa população.

Vivenciar sua sexualidade é um direito de toda pessoa, inclusive da pessoa idosa. O que tem ocorrido com a pessoa idosa é que ela não está ciente de que precisa ter certos cuidados com relação à sua sexualidade. A AIDS é uma doença que tem alcançado de forma significativa a população idosa que, embora pense que esta é uma doença de pessoas jovens, também está vulnerável a essa doença grave que tem atingido pessoas em todas as partes do mundo.

E entre os idosos que se descobrem portadores do vírus, há dois perfis clássicos: o homem casado que se contamina com uma parceira mais jovem e o das viúvas que redescobrem o sexo.⁷³ Essas mudanças sociais e culturais que vêm ocorrendo com a população brasileira, ocasionadas pelo aumento da população idosa exigem que haja um planejamento e reestruturação de sistemas públicos buscando se adaptar à nova realidade e às necessidades dessa população mais idosa. É preciso que sejam desenvolvidas políticas voltadas à questão da pessoa

⁷¹ SILVA; PAIVA, 2012, p. 3.

⁷² SILVA; PAIVA, 2012, p. 3.

⁷³ FONTES, K. S.; SALDANHA, A. A. W.; ARAÚJO, L. F. Representações do HIV na terceira idade e a vulnerabilidade do idoso. In: 7 HIV-AIDS Virtual Congress: o VIH/SIDA na criança e no idoso. SIDAnet - ASSOCIAÇÃO LUSÓFONA, 2007. Disponível em: <<http://www.aidscongress.net/html/livro7congresso.pdf#page=73>>. Acesso em: 02 abr. 2012. p. 79.

idosa, acesso ao sistema de saúde e informação, inclusive a respeito de doenças sexualmente transmissíveis.

1.5 Feminização e avanço do HIV/AIDS entre mulheres idosas

A população mais idosa geralmente é vista como inativa sexualmente. Esse fato pode ter contribuído para o aumento de casos entre essa população. Entretanto, dados disponibilizados pelo Ministério da Saúde Brasileiro mostram que a epidemia tem atingido em números bem elevados a população acima dos 50 anos de idade, principalmente nos últimos anos. Vale lembrar que, embora a Organização Mundial da Saúde defina como pessoa idosa quem tem mais de 60 anos de idade, no caso de pessoas vivendo com HIV/AIDS trataremos de pessoas acima dos 50 anos de idade.

Nestes quase 20 anos, desde que o primeiro caso de AIDS foi registrado em pessoas acima de 50 anos, até o mês de julho de 2011, foram notificados 47.723 casos de AIDS em pessoas entre 50 e 59 anos. Em 2010, foram registrados 4080 novos casos de AIDS na faixa etária de 50 a 59 anos e 1.141 casos em pessoas com mais de 60 anos, conforme dados obtidos no último Boletim Epidemiológico referente a julho de 2011. Destes casos, a maioria foi registrada no sexo masculino. Até julho de 2011, foram 1.080 novos casos em homens contra 621 casos em mulheres na faixa etária dos 50 aos 59 anos de idade.⁷⁴

Através dos dados, podemos observar que a situação do Rio Grande do Sul é alarmante, uma vez que ele possui o maior índice de incidência registrado no país no ano de 2010: 37,6 por 100 mil habitantes. No Rio Grande do Sul até junho de 2011, foram notificados 1.875 novos casos de AIDS, sendo o estado da região sul com o maior índice de novos casos registrados. Porto Alegre lidera como município com maior taxa de incidência entre municípios brasileiros com mais de 50 mil habitantes. Em 2010, a taxa de incidência foi de 99,8 por 100 mil habitantes.⁷⁵

⁷⁴ BRASIL. Ministério da Educação. BOLETIM epidemiológico AIDS-DST Versão Preliminar. Ano VIII. Versão preliminar julho de 2010 a junho de 2011. Brasília: 2011. Disponível em: Disponível em: <http://www.aids.gov.br/sites/default/files/publicacao/2010/boletim2010_preliminar_pdf_34434.pdf> . Acesso em: 03 dez. 2012.

⁷⁵ BRASIL, 2011.

Vimos que a AIDS deve ser uma questão de preocupação no Estado, já que cada vez mais gaúchos estão sendo infectados com o vírus HIV. O HIV/AIDS está se tornando uma “ameaça à saúde pública e a tendência sugere que, em pouco tempo, o número de idosos contaminados pelo HIV será ampliado significativamente”.⁷⁶ Este fato está relacionado à forma como a pessoa idosa é tratada em relação ao risco de se contaminar com o vírus. O imaginário social é de que a pessoa idosa não é vulnerável ao vírus e, por isso, o teste anti-HIV não faz parte dos exames de rotina dessa população. É comum associar o aparecimento dos primeiros sintomas a outras doenças típicas da idade, o que faz com que quando a doença é descoberta esteja em estágio bem avançado, dificultando assim o tratamento com os medicamentos antiretrovirais.⁷⁷

Outro fato que deve ser levado em conta é que as campanhas de prevenção ao HIV/AIDS desenvolvidas pelo Ministério de Saúde são voltadas principalmente ao público jovem, considerado sexualmente ativo e por isso mais vulnerável ao HIV. Essa falta de campanhas faz com que a pessoa idosa fique menos informada sobre o HIV e, por isso, não tome os cuidados necessários na hora de se relacionar com suas parceiras sexuais.

A falta de acesso à informação a todas as pessoas é um dos grandes desafios que a sociedade enfrenta. A educação é um fator muito importante quando se trata da questão do HIV/AIDS, uma vez que, através dela, é possível trabalhar a importância da prevenção durante as relações sexuais e os cuidados que se deve ter quando já possui o vírus, bem como as suas formas de tratamento. O acesso à informação a respeito da doença, além de ajudar a prevenir que novas infecções aconteçam, também é uma forte arma na luta contra o preconceito.

As questões relacionadas à vivência da sexualidade da pessoa idosa ainda necessitam ser melhor discutidas. Percebe-se que as discussões e planejamentos sobre “como lidar com a questão do exercício da sexualidade por parte dos adultos com mais de 50 anos no atual contexto da epidemia de AIDS”⁷⁸ não acompanharam as mudanças sociais dos últimos tempos. A possibilidade de uma pessoa idosa estar

⁷⁶ SALDANHA; ARAÚJO, 2003, p. 6.

⁷⁷ SALDANHA; ARAÚJO, 2003, p. 6.

⁷⁸ LISBOA, 2010, p. 2.

contaminada com o vírus HIV ainda parece não existir aos olhos da sociedade e das próprias idosas.⁷⁹

É importante destacar, também, que graças aos avanços medicinais no tratamento à AIDS tem melhorado a sobrevivência da população mesmo após a manifestação dos sintomas. O tratamento com antirretrovirais possibilita que as pessoas com AIDS vivam mais tempo e com mais qualidade. Existem aquelas que contraíram o vírus após os 50 ou 60 anos de idade, mas também existem aqueles que envelheceram com o vírus HIV ou doentes de AIDS, já que os sintomas podem levar anos para se manifestar. Não importa a idade em que a pessoa tenha sido contaminada com o HIV, tratar sobre este tema com pessoas idosas traz também muitos desafios, medos, contradições e preconceitos. A AIDS torna visível aquilo que não se quer ver, que a pessoa idosa é sujeito sexualmente ativo e tem o direito a viver sua sexualidade com liberdade.

Enquanto os números da AIDS crescem em pessoas com mais de 50 anos, cresce também a falta de clareza e informação a respeito desse tema. Uma pesquisa foi recentemente realizada na região do Vale do Sinos, Rio Grande do Sul, observando como as pessoas com idade superior a 60 anos de idade viam as questões relacionadas ao HIV/AIDS, bem como verificando os conhecimentos dessas pessoas sobre as formas de contágio e prevenção.⁸⁰ Esta pesquisa apontou que: 20,6%, ou seja, 105 entrevistados, julgavam a AIDS como um castigo divino para aqueles que cometeram pecados, embora 31% dessas pessoas conheçam alguém infectada pelo HIV. Apesar de terem algum conhecimento sobre a doença, 86,3% dos entrevistados não usavam preservativo.⁸¹

Sabe-se que o vírus HIV é transmitido através do contato com sangue, sêmen e fluídos vaginais contaminados. O maior número de infecções tanto em homens quanto em mulheres, dá-se através de relações sexuais e apenas uma pequena porcentagem deve-se ao contágio por meio de sangue contaminado. A transmissão sexual, em relações sem proteção, desde o início da epidemia, foi

⁷⁹ SALDANHA; ARAÚJO, 2003, p. 5.

⁸⁰ LAZZAROTTO, Alexandre Ramos et al. O conhecimento de HIV/AIDS na terceira idade: estudo epidemiológico no Vale do Sinos, Rio Grande do Sul, Brasil. *Ciência e saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 13, n. 6, dez. 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S14131232008000600018&lng=pt&nrm=is>. Acesso em: 27 abr. 2010. p.3.

⁸¹ LAZZAROTTO et al., 2008, p. 4.

responsável pela maior parte do contágio por HIV e atualmente essa é a principal forma de transmissão do vírus.⁸²

Quando há uma relação sexual entre dois indivíduos, é preciso ter em mente que as relações do passado que essa pessoa teve precisam ser consideradas. Sendo assim, “quando uma pessoa tem relações sexuais com um parceiro, não é só com esse parceiro que ela está tendo relações, e sim com todas as outras pessoas que tiveram relações com esse parceiro nos últimos 10 anos”.⁸³

É mais comum que o homem transmita o vírus para a mulher do que o contrário.

Existe maior quantidade de HIV no sêmen que no muco vaginal; a parede interna da vagina e do reto da mulher é mais vulnerável ao contágio do que o pênis, porque a superfície da mucosa pode ser mais facilmente penetrada pelo vírus, e o sêmen permanece por mais tempo, em temperatura corporal, na vagina e no reto do que no muco vaginal/retal fica no pênis, de forma que há mais tempo para que a exposição ocorra.⁸⁴

Entre as mulheres, a principal forma de transmissão do vírus HIV ocorre, em 94,9% dos casos, através de relações sexuais heterossexuais. Diferentemente do que ocorre com os homens, onde 42,9% são por relações heterossexuais, 19,7% homossexuais e 7,8% bissexuais.⁸⁵ Se no início da epidemia a AIDS era considerado uma doença que atingia principalmente homens, de forma especial os homossexuais, esses números não demoraram a mudar. A proporção de casos de AIDS que em 1.984 era de 124 casos no sexo masculino para cada caso no sexo feminino caiu para 4 casos em homens para cada caso em mulheres em 1993.⁸⁶ No ano de 2009, essa proporção chegou a 1,6 casos em homens para cada caso em mulheres.⁸⁷

As desigualdades de gênero e as relações de poder existentes entre homens e mulheres contribuem para a maior vulnerabilidade feminina frente à epidemia de HIV/AIDS. As mulheres não possuem o mesmo acesso à educação, emprego e renda que os homens. Também os direitos sexuais das mulheres são

⁸² BERER; RAY, 1997, p. 80.

⁸³ SONTAG, Susan. *Doença como metáfora: AIDS e suas metáforas*. São Paulo: Companhia de Bolso, 2007. p. 134. Afirmação do secretário da Saúde e Serviços Humanos, o Dr. Otis R. Bowen, em 1987.

⁸⁴ BERER; RAY, 1997, p. 170.

⁸⁵ BRASIL, 2010.

⁸⁶ PARKER, 1994, p. 29.

⁸⁷ BRASIL, 2010.

diferentes dos direitos dos homens, uma vez que a sociedade ensina que os homens devem iniciar sua vida sexual mais cedo bem como ter mais parceiras sexuais.⁸⁸ Os homens são ensinados que a preocupação com a prevenção deve ser sugerida pelas mulheres. Por outro lado, a sociedade sustenta que “é responsabilidade do homem adquirir preservativo, uma vez que uma mulher jovem carregar preservativos poderia sugerir que ela ‘planejou’ ter sexo o que é frequentemente visto como promiscuidade”.⁸⁹

Como dito anteriormente, a proporção entre o número de homens e mulheres contaminadas com o vírus está cada vez mais equivalente. O crescimento da doença entre as mulheres está relacionado a uma série de fatores de ordem política, social e econômica. “Fisiologicamente, as mulheres são mais vulneráveis ao HIV/AIDS do que os homens”.⁹⁰ As mulheres sofrem muito mais discriminação. A vulnerabilidade feminina está associada a fatores como: “iniciação sexual precoce, arranjos sexuais diferenciados de um grupo étnico para outro, contatos inter-étnicos e baixa escolaridade”.⁹¹ As mulheres são mais vulneráveis ao HIV/AIDS porque, na maioria das vezes, dependem economicamente de seus parceiros. A fim de poder se sustentar acabam se submetendo a situações que oferecem risco.

A inferioridade da mulher em relação aos homens é reforçada pela sociedade, que mantém a mulher submissa aos seus companheiros. Este fato aumenta a vulnerabilidade da mulher em relação ao HIV/AIDS. Em muitos casos, não é dado à mulher o direito de decidir quando e com quem quer ter relações sexuais. São os homens que determinam se irão ou não fazer uso de preservativo.

A violência contra a mulher também contribui para o aumento desse número. “Estupro, abuso sexual, agressão sexual, prostituição forçada e outras violências contra mulheres e crianças, incluindo nos casamentos e nas famílias, ocorrem em todos os países e camadas sociais”.⁹² Além do mais, os homens geralmente têm mais parceiras sexuais do que as mulheres, o que aumenta antes o risco de as mulheres serem expostas ao HIV/AIDS por homens contaminados do

⁸⁸ PLANO Integrado de Enfrentamento à Feminização de Epidemia de AIDS e outras DST, 2007. Disponível em: <<http://www.aids.gov>>. Acesso em: 20 mar. 2011. p. 11.

⁸⁹ ORLOV, Lisandro. *Quebrar o silêncio, restaurar a dignidade*: Seminário Nacional sobre HIV/AIDS, de 30 de agosto a 2 de setembro de 2004, Rodeio 12, SC. Porto Alegre: IECLB/Departamento de Diaconia, 2005. p. 44.

⁹⁰ CLIFFORD, 2005, p.11.

⁹¹ BERNARDI, 2005, p. 43.

⁹² BERER; RAY, 1997. p. 247.

que o oposto.⁹³ Homens e mulheres estão tendo relações sexuais e filhos antes do casamento. “Com ou sem casamento precoce, para muitas mulheres as relações sexuais começam quando elas ainda são muito jovens”.⁹⁴ As mulheres, geralmente, iniciam sua vida sexual com homens mais velhos, que já tiveram outras parceiras sexuais, este é outro fator que pode contribuir para o aumento de casos entre as mulheres.

Tem aumentado consideravelmente, nos últimos anos, o número de casos de HIV/AIDS em relacionamentos estáveis. “A crença de ser mulher, heterossexual, ter casado virgem e ser monogâmica é entendida como fator de proteção para o HIV”.⁹⁵ Homens e mulheres acreditam serem os únicos parceiros sexuais de seus companheiros e por isso não falam sobre a necessidade de prevenção contra doenças sexualmente transmissíveis. Quem trai também muitas vezes não faz uso de preservativo na sua relação extraconjugal e assim acaba trazendo a doença para dentro de casa.

O processo de feminização da AIDS se apresenta em todas as faixas etárias. No entanto, a doença é mais incidente, tanto em homens quanto mulheres, na faixa que vai de 20 a 59 anos de idade. Somente na faixa dos 13 aos 19 anos é que o número de casos é maior entre as mulheres.⁹⁶

O fato de homens e mulheres em idade produtiva serem os mais afetados pelo HIV/AIDS nos últimos tempos é preocupante, uma vez que as mulheres podem transmitir o vírus para o bebê durante a gestação, aumentando assim os riscos da transmissão vertical. “Estima-se que aproximadamente 240 mil mulheres em idade reprodutiva tenham o vírus da AIDS e que a maior parte não saiba que é soropositiva”.⁹⁷ Sendo assim, sem um acompanhamento e desconhecendo sua

⁹³ BERER, RAY, 1997, p. 81.

⁹⁴ BERER, RAY, 1997, p. 251.

⁹⁵ VASCONCELOS, Isabel; SALDANHA, Ana Alayde Werba. Vulnerabilidade ao HIV na velhice: riscos, prevenção e tratamento. In: IX CONGRESSO VIRTUAL HIV/AIDS: A Infecção VIH e o Direito. Disponível em: <http://www.aidscongress.net/Modules/WebC_AidsCongress/CommunicationHTML.aspx?Mid=38&CommID=386>. Acesso em: 19 maio 2012. p. 3.

⁹⁶ BRASIL, 2010.

⁹⁷ UNICEF. Disponível em: <http://www.unicef.org/brazil/pt/activities_10153.htm>. Acesso em: 19 nov. 2011.

condição de HIV positivo, não há meios de prevenir novas contaminações nem mesmo receber um tratamento adequado.⁹⁸

Podemos que dizer o processo de feminização da AIDS no Brasil se deu e diferentes fases.

A primeira fase, até 1986, quando a transmissão pela via sexual era a mais importante, sendo, naquele momento, as parcerias com homens bissexuais e transfundidos as mais frequentes. Nesse período era relevante, também, a transmissão pela transfusão sanguínea; a segunda fase, de 1987 a 1990, quando então o uso de drogas injetáveis apareceu como uma importante forma de infecção pelo HIV também para as mulheres; a terceira fase, de 1991 até o presente momento, que apresenta nítido predomínio da infecção pelo HIV em mulheres por prática heterossexual.⁹⁹

Mesmo com todas as mudanças sociais e culturais que ocorreram ao longo dos anos e da maior liberdade conquistada pelas mulheres em diferentes níveis, “a mulher idosa de hoje ainda se encontra presa à educação rígida e moralista que ditava que os únicos papéis sociais com decência eram o de ser mãe e esposa”.¹⁰⁰ Embora estejam se arriscando a viver novas experiências amorosas, elas ainda permanecem submissas aos seus companheiros, não questionando as estruturas patriarcais a que estão habituadas. Elas também não discutem a necessidade da utilização de métodos de prevenção às doenças sexualmente transmissíveis.

Além dos fatores sociais e econômicos que influenciam na feminização do HIV/AIDS, no caso das mulheres idosas, esse aumento também está ligado a fatores biológicos decorrentes do envelhecimento. Entre esses fatores podemos citar: “estreitamento vaginal, diminuição da elasticidade e das secreções vaginais e o desgaste das paredes vaginais, são situações que favorecem o risco de infecção pelo HIV durante as relações sexuais”,¹⁰¹ já que o risco de haver ferimentos é mais elevado. Esses fatores aliados à falta de percepção de que há risco de contrair

⁹⁸ A função imunológica pode ser medida pela contagem do número de células T4 (também chamadas linfócitos CD4) no sangue. “Considera-se que o funcionamento imunológico está em estágio avançado de comprometimento quando esta contagem cai abaixo de 200 células por milímetro cúbico de sangue”. Quanto mais cedo o tratamento for iniciado melhor. BERER; RAY, 1997, p. 32.

⁹⁹ YAMAÇAKE, Alexandre; SANTOS, Naila Janilde Seabra; FIGUEIREDO, Regina (Orgs.). *Conjugalidades e prevenção às DST/AIDS*. São Paulo: SES, 2010. p. 2. Disponível em: <<http://www.isaude.sp.gov.br/smartsitephp/media/isaude/file/conjugalidades.pdf>>. Acesso em: 13 abr. 2012.

¹⁰⁰ PEREIRA; ALVES; LEÃO; FREIRE, 2012, p. 24.

¹⁰¹ ARAÚJO, Vera Lúcia Borges de et al. Características da Aids na terceira idade em um hospital de referência do Estado do Ceará, Brasil. *Rev. bras. epidemiol.* v.10, n. 4, p. 544-554, 2007. p. 551. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbepid/v10n4/12.pdf>>. Vários acessos.

doenças contribuiu para que mais mulheres idosas venham a contrair o HIV/AIDS.¹⁰² Com o aparecimento do HIV/AIDS, o preservativo, que antes tinha a finalidade de evitar a gravidez, ganhou um novo sentido, a proteção contra o HIV/AIDS. “Apesar do risco de infecção pelo HIV ser grande, o preservativo não é genericamente utilizado, principalmente na medida em que os relacionamentos tornam-se “estáveis” ou “confiáveis”.¹⁰³

Se, por um lado, a pessoa idosa resiste em fazer uso de preservativos, por outro há a resistência dos profissionais de saúde em fazer o exame anti-HIV no público idoso, uma vez que as doenças surgidas em decorrência da AIDS podem ser confundidas por outras doenças decorrentes do envelhecimento.¹⁰⁴

Por um processo natural do envelhecimento, a idosa sofre alterações em seu estado imunológico, o que facilita a aquisição de doenças infecciosas, bem como em responder aos agressores.¹⁰⁵ Sendo assim, a pessoa idosa reage de maneira diferente ao tratamento do que pessoas mais jovens. O surgimento da terapia antirretroviral trouxe melhoria na qualidade de vida das pessoas que vivem com HIV/AIDS. No entanto, os efeitos colaterais causados pelos medicamentos como “a lipodistrofia, o risco de doenças cardiovasculares, dislipidemia, hiperglicemia são fatores coadjuvantes do conviver com o HIV/AIDS e que podem fortalecer o isolamento social”.¹⁰⁶ Esses fatores e outras dificuldades e deficiências decorrentes do envelhecimento influenciam na autoimagem da pessoa idosa.

Este tema está longe de ser esgotado, uma vez que muito pouco se sabe sobre a forma como vivem as pessoas com mais de 50 anos ou como elas encaram a vida após receber o resultado positivo para o HIV. Portanto, esta é uma vasta área de pesquisa, uma vez que vários pontos precisam ser tratados quando se trata do HIV/AIDS em pessoas idosas, tais como sexualidade, uso de drogas, acesso a tratamento entre outros fatores. Faz-se necessário que a população em geral e também os profissionais de saúde percebam a necessidade de realizar o teste anti-HIV

¹⁰² ANDRADE, H. A. S.; SILVA, S. K.; SANTOS, M. I. P. O. AIDS em idosos: vivências dos doentes. *Escola Anna Ney*, v. 14, n. 4, p. 712-719, out./dez. 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ean/v14n4/v14n4a09.pdf>>. Acesso em: 12 mar. 2012. p. 713.

¹⁰³ GIACOMOZZI, Andréia Isabel. Casamento e AIDS: uma questão de confiança. Florianópolis, maio de 2004. Disponível em: <http://www.saude.sc.gov.br/gestores/sala_de_leitura/artigos/livro.pdf>. Acesso em: 12 mar. 2012. p. 16.

¹⁰⁴ VASCONCELOS; SALDANHA, 2012, p. 6.

¹⁰⁵ ANDRADE; SILVA; SANTOS, 2010, p. 713.

¹⁰⁶ ANDRADE; SILVA; SANTOS, 2010, p. 714.

na população idosa. E que elas recebam “esclarecimento para seu quadro clínico devem receber orientação, proporcionando oportunidade de diagnóstico ao primeiro contato, e encaminhamento aos serviços especializados disponíveis no SUS”.¹⁰⁷

O resultado do estigma e da discriminação afeta significativamente a vida das pessoas que vivem e convivem com a doença. Ela resulta em uma morte em vida ou conforme Parker, em uma “morte civil”. A AIDS mata a pessoa em vida “pois obriga a pessoa com AIDS a viver de forma clandestina, quase como um guerrilheiro, exilada em seu próprio corpo”.¹⁰⁸ Quem vive com HIV/AIDS além de sofrer com os sintomas da doença e o medo da morte ainda precisa conviver com a dor de viver isolada, como uma forma de proteção contra o preconceito e estigma que cercam a doença. “Não é só a doença que faz a vida da pessoa contagiada mais difícil. A falta de conhecimentos e o medo dos demais são uma parte importante do problema”.¹⁰⁹

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 tranquilizador.¹¹⁰

O HIV/AIDS desafia toda a sociedade a se envolver na luta contra a epidemia na busca pelos direitos das pessoas que vivem e convivem com o HIV/AIDS. Com o objetivo de conhecer a realidade de quem vive e convive com o HIV/AIDS, buscamos a instituição Casa Fonte Colombo. No próximo capítulo, abordaremos a experiência vivida na instituição junto com mulheres vivendo com HIV/AIDS.

¹⁰⁷ DINIZ, Raquel Farias; SALDANHA, Ana Alayde Werba. Representações sobre AIDS na velhice por agentes comunitários de saúde. 8º AIDSCONGRESS 2007. p. 3.

¹⁰⁸ GALVÃO, 2000, p. 171.

¹⁰⁹ “No solo la enfermedad de por sí hace la vida más difícil a la persona contagiada. La falta de conocimientos y el temor de los demás son una parte importante del problema”. CARTA de los obispos de Suecia sobre el VIH en una perspectiva global. Uppsala: Consejo Episcopal, 2007. p. 18.

¹¹⁰ PADILHA; ALMEIDA, 2000, p. 33.

2 CASA FONTE COLOMBO: CENTRO DE PROMOÇÃO DA PESSOA SOROPOSITIVA-HIV: UMA EXPERIÊNCIA DE CUIDADO

Com o objetivo de conhecer a realidade de quem vive com o HIV/AIDS, buscamos uma inserção na Casa Fonte Colombo: Centro de Promoção da Pessoa Soropositiva – HIV, em Porto Alegre/RS. A inserção prática na Casa Fonte Colombo teve início em março de 2011, seguindo até o presente momento. A inserção acontece às quintas-feiras na parte da tarde. O Grupo é formado por mulheres e crianças. Cada tarde é reservada para um grupo diferente, de acordo com o perfil do usuário e a disponibilidade de horário.

A Casa Fonte Colombo é um espaço de acolhimento às pessoas em situação de vulnerabilidade social vivendo com HIV/AIDS em Porto Alegre e cidades próximas. A instituição é coordenada por freis capuchinhos e tem em Francisco de Assis a inspiração e motivação para realização de seus trabalhos.¹¹¹

2.1 Filosofia da Casa Fonte Colombo

A Casa Fonte Colombo “surgiu como resposta ao grito dos necessitados”.¹¹² Os freis capuchinhos no Rio Grande do Sul tinham como prática a assistência aos enfermos, inspirados no exemplo de Francisco de Assis. Entretanto, após um período, optaram em mudar o foco para as pessoas vivendo com HIV/AIDS.

Assim como a motivação e inspiração também a origem do nome da instituição foi inspirada em Francisco de Assis. “Fonte Colombo é nome de um pequeno vilarejo onde os frades possuíam uma pequena casa e que Francisco esteve pelo menos em duas ocasiões”.¹¹³ Ali Francisco de Assis se submeteu a tratamentos médicos e ensinou aos frades o modo de estar entre os doentes.¹¹⁴

A Casa Fonte Colombo tem por objetivo a promoção da vida da pessoa vivendo com HIV/AIDS. Ela busca ser presença solidária e eficaz junto à pessoa que vive com HIV/AIDS, sua família e o meio em que está inserida, “para que ele possa

¹¹¹ Embora a teologia franciscana seja muito rica, não se pretende aqui aprofundar a motivação teológica da Casa Fonte Colombo, uma vez que será apenas relatada a experiência prática da autora junto à instituição.

¹¹² FONTE COLOMBO Centro de Promoção da Pessoa Soropositiva-HIV. *Boletim*, ano 1, n. 1, abr. 2000.

¹¹³ FONTE COLOMBO, 2000.

¹¹⁴ FONTE COLOMBO, 2000.

conviver com a doença tendo uma melhor qualidade de vida, recuperando a autoestima e reintegrando-se no meio familiar e social”.¹¹⁵

As atividades da instituição estão pautadas sobre quatro pilares: prevenção, assistência, reinserção social e reestruturação dos laços familiares.¹¹⁶ É sobre estas bases que a instituição desenvolve todas as suas atividades, visando a conscientização da importância da prevenção, evitando que mais pessoas sejam contaminadas com o vírus e que elas se reinfectem; prestam serviço de assistência social, com o objetivo de reintegrar as pessoas na sociedade e no seio familiar.

A Casa Fonte Colombo é pioneira no trabalho com pessoas vivendo com HIV/AIDS no estado do Rio Grande do Sul e serve de modelo para outras iniciativas, como a Pastoral da AIDS.¹¹⁷

O reconhecimento do trabalho desenvolvido pela instituição no apoio e promoção da pessoa vivendo com HIV/AIDS veio em 2003 através do recebimento de “recurso do Prêmio Gates de Saúde Global de 2003, recebido pela Coordenação Nacional de DST e AIDS, por meio da Fundação Bill e Mellinda, em reconhecimento à resposta brasileira ao combate e prevenção do HIV/AIDS”.¹¹⁸ Os recursos do prêmio foram posteriormente utilizados na aquisição de um terreno e prédio para a sede própria da instituição que veio a ser inaugurada em 2005.

2.2 Atividades e organização

Além do trabalho realizado pelos freis capuchinhos¹¹⁹ e alguns funcionários, eles contam com o apoio de voluntários para dar continuidade às atividades realizadas na instituição. Atualmente, são 40 voluntários que dedicam um dia da semana às pessoas vivendo com HIV/AIDS. As atividades da Casa Fonte Colombo tiveram início em novembro de 1999. Desde então até dezembro de 2011, 1656

¹¹⁵ FONTE COLOMBO, 2000.

¹¹⁶ FONTE COLOMBO Centro de Promoção da Pessoa Soropositiva-HIV. *Relatório anual da instituição*. 2011.

¹¹⁷ “A Pastoral de DST/AIDS surgiu de articulações entre o Programa Nacional de DST/AIDS (PNDST/AIDS) do Ministério da Saúde e a presidência da CNBB, que tiveram início no segundo semestre de 1999”. Pastoral da AIDS. *Ciências Sociais e Religião*, Porto Alegre, ano 10, n. 10, p. 159-180, out. 2008. p. 167.

¹¹⁸ FONTE COLOMBO Centro de Promoção da Pessoa Soropositiva-HIV. *Boletim*, ano 3, n. 11, set. 2003.

¹¹⁹ O Grupo é formado por quatro freis. Os freis também fazem intercâmbio entre as instituições, bem como são motivados a buscar espaços de formação.

pessoas vivendo com HIV/AIDS já passaram pela instituição¹²⁰ em busca de atendimento.

No início, a Casa Fonte Colombo prestava serviço de acolhida e hospedagem para as pessoas que vinham de cidades do interior para Porto Alegre em busca de tratamento. Entretanto, percebeu-se que o acesso ao tratamento era feito também nas cidades do interior, não sendo mais necessário vir até a capital do Estado.¹²¹ Por isto, a Casa Fonte Colombo após uma reestruturação começou a atuar como um espaço de acolhimento e apoio às pessoas em situação de vulnerabilidade social de Porto Alegre e cidades vizinhas. Na nova estrutura, as usuárias¹²² encontram um espaço de convivência, recebem informações sobre prevenção e tratamento, encaminhamentos médicos, além de receber doação de alimentos e roupas, bem como atendimento psicológico e pastoral, além de massagens, *reike*, corte de cabelo, distribuição de roupas, banho e têm a oportunidade de participar de oficinas cujo objetivo é melhorar a autoestima e o empoderamento da usuária. Essas atividades são desenvolvidas com o apoio das voluntárias, onde cada uma se coloca a serviço daquilo que sabe fazer.

Ao longo dos doze anos de atividades, a Casa Fonte Colombo sofreu mudanças e reestruturações, buscando sempre seguir o objetivo que é reintegrar a pessoa que vive com HIV/AIDS ao convívio social e familiar, através da melhoria da qualidade de vida das pessoas. Existe diferença entre

ter AIDS e morar em bairro nobre, com plano de saúde, recursos para alimentação, medicamentos, sono tranquilo é diferente de estar infectada numa vila ou favela, com vários filhos para criar, sem o mínimo de recursos. Ou ainda: ser portador e não ter casa. Ou ser HIV positivo e morar numa pequena cidade do interior.¹²³

A Casa Fonte Colombo tem mostrado resultados positivos junto às pessoas que vivem com HIV/AIDS. E tem se tornado também foco de interesse de pesquisadoras, como é o caso de estudantes de enfermagem da ULBRA, que

¹²⁰ Dados obtidos do relatório anual de atividades da Casa Fonte Colombo.

¹²¹ FONTE COLOMBO, 2000.

¹²² "Usuárias" é a forma como são denominadas as pessoas que frequentam a instituição.

¹²³ BERNARDI, José. Desafios Cotidianos da AIDS. In: DEIFELT, Wanda. *Igreja e AIDS: presença e resposta*. Porto Alegre: CNBB, 2004. p. 20.

realizaram uma pesquisa na instituição para saber qual a percepção que as usuárias têm dela.¹²⁴

Em entrevista feita com as estudantes sobre sua pesquisa ao Boletim Informativo da instituição, elas apontam que em 2007 o número de mulheres usuárias da instituição é maior que o masculino. “A grande maioria encontra-se na faixa etária entre 25 e 40 anos, seguido dos que tem entre 41 e 59 anos. [...] Em relação à ocupação é significativo o número de pessoas sem atividade remunerada na época em que procuraram a casa”.¹²⁵ A pesquisa também aponta que para a maior parte das usuárias o HIV/AIDS era visto como algo que só acontecia com as outras. O diagnóstico positivo foi recebido com surpresa. Antes do contágio com o HIV/AIDS a maioria das usuárias não fazia uso de métodos preventivos para evitar a contaminação, embora desconfiassem da fidelidade de seus parceiros ou soubessem que eram usuários de drogas. Ainda segundo a pesquisa, quarenta por cento das usuárias pensaram em suicídio ao receber o resultado positivo. Enquanto outras ficaram indiferentes com o resultado, pois o HIV/AIDS era apenas mais um problema em meio a muitos outros.¹²⁶

A Casa Fonte Colombo oferece uma cesta básica às usuárias cadastradas que vivem em situação de vulnerabilidade social. Este pode ser um dos motivos que levam aquelas que estão desempregadas a buscar apoio na instituição. Algumas usuárias vivem em situação de rua, sendo que possuem apenas aquilo que conseguem de doação na instituição.

A instituição motiva as usuárias a tornarem-se sujeitos de suas próprias vidas. Por isso, está sempre informando as usuárias sobre oportunidades de formação em diversas áreas, por exemplo, alimentação, informática e artesanato. Muitas vezes, esses programas são criados especialmente para pessoas vivendo com HIV/AIDS. Entre os programas oferecidos podemos citar aqueles que trazem alternativas de como aproveitar melhor os alimentos e assim melhorar sua qualidade de vida, ou até mesmo encontrar uma fonte de renda; cursos de informática e

¹²⁴ FONTE COLOMBO Centro de Promoção da Pessoa Soropositiva-HIV. *Boletim*, ano 7, n. 22, set. 2007.

¹²⁵ FONTE COLOMBO, 2007.

¹²⁶ FONTE COLOMBO, 2007.

oportunidades de emprego também são divulgados pela instituição.¹²⁷ Essas ações contribuem para o empoderamento das usuárias da instituição.

Nos diálogos com as usuárias, percebo a importância que a Casa Fonte Colombo representa para suas vidas. Ali, elas encontraram pessoas iguais a elas, com os mesmos problemas, mesmas dificuldades, são histórias de vida muito semelhantes uma das outras. Quando precisam ficar afastadas por algum período, sentem falta da convivência e do contato com as outras. Na Casa Fonte Colombo, as usuárias são motivadas a valorizar a vida, cuidar da saúde e da aparência, pois essas ações facilitam a reinserção social.

A feminização do HIV/AIDS é um dado que vem sendo percebido nos últimos anos. O aumento de casos de HIV/AIDS em mulheres também se refletiu nas usuárias da Casa Fonte Colombo. “Pelo fato de estas mulheres estarem em idade reprodutiva, há a possibilidade de que a infecção seja adquirida pelos filhos”.¹²⁸ Por isso, a Casa Fonte Colombo mantém as usuárias informadas sobre a importância do tratamento com medicamentos antirretrovirais durante a gestação para evitar a transmissão vertical. Durante minha inserção prática, muitas mulheres grávidas passaram pela instituição. Cada criança que nasce é apresentada para as demais usuárias pelos Freis no momento dos avisos e orações. A vida é celebrada com alegria.

Nos doze anos de atividades, passaram pela Casa Fonte Colombo 1.656 pessoas. Destas, 509 continuam ativas, sendo 236 homens e 273 mulheres. Ao longo dos anos, 229 usuárias cadastradas faleceram. No ano de 2011, foram cadastrados 64 novas usuárias na instituição. As pessoas chegam até a Casa Fonte Colombo através de encaminhamentos de assistentes sociais, ONGs, visita hospitalar e igrejas. Outras são trazidas pelas próprias usuárias.¹²⁹

Uma vez que a pesquisa tem como foco o HIV/AIDS em mulheres idosas, observamos que na Casa Fonte Colombo há cinco mulheres com mais de 60 anos de idade vivendo com a doença. Todas estas mulheres fizeram o exame anti-HIV há mais de 10 anos. Isto significa dizer que elas foram contaminadas antes dos 60 anos de idade. E graças ao uso dos medicamentos estão envelhecendo com a doença.

¹²⁷ Os convites e informações acontecem durante o momento de avisos e oração.

¹²⁸ FONTE COLOMBO Centro de Promoção da Pessoa Soropositiva-HIV. *Boletim*, ano 2, n. 5, set. 2001.

¹²⁹ FONTE COLOMBO, 2011.

Na faixa entre 55 e 59 anos de idade, há um total de 16 mulheres ativas e na faixa dos 50 aos 54 anos temos 20 mulheres ativas na instituição.¹³⁰

Na instituição também são feitos encaminhamentos de consultas médicas e realização de exames. As usuárias cadastradas devem manter seus exames atualizados e apresentá-los na instituição para assim ter acesso às atividades e benefícios oferecidos. Além de todos os serviços oferecidos, a Casa Fonte Colombo é um espaço de convivência para as pessoas vivendo e convivendo com HIV/AIDS. Neste espaço, elas podem compartilhar suas alegrias, dúvidas, medos e anseios. Ali, sentem-se acolhidas, respeitadas e valorizadas como pessoa.

A Casa Fonte Colombo tem como objetivo reintegrar as pessoas que vivem com HIV/AIDS ao meio social, ela quer que as pessoas se sintam parte da sociedade. Por isso, busca estar sempre trazendo informações sobre as formas de tratamento e prevenção, destacando a importância de ter uma vida saudável e a importância do uso contínuo da medicação. A instituição faz isso através de palestras, chamadas de “grupo de adesão ao tratamento”, das quais participam também os voluntários. Busca-se também manter as pessoas sempre informadas sobre direitos previdenciários e assistenciais, ao mesmo tempo em que indica como proceder para ter acesso a esses direitos. Para tal, elas contam com a ajuda de voluntárias das referidas áreas para que prestem esclarecimentos nos encontros dos grupos de adesão ao tratamento que acontecem mensalmente.¹³¹

Com o objetivo de reduzir o número de novas infecções pelo HIV/AIDS, a Casa Fonte Colombo dedica atenção especial à prevenção. Uma das preocupações da instituição é ajudar as pessoas a não se infectarem ou reinfectarem com o HIV.¹³² Uma das formas de contribuir na prevenção é através da distribuição de preservativos, aos quais as usuárias têm acesso na instituição.

Busca-se, através de campanhas conscientizar as pessoas sobre a realidade da epidemia e informá-las sobre as formas de contágio e prevenção. As campanhas de prevenção e diagnóstico precoce são realizadas nos bairros de Porto Alegre pelos voluntários da Casa Fonte Colombo em parceria com a Pastoral da AIDS, com o intuito de informar as pessoas sobre a AIDS e a importância de se

¹³⁰ Números obtidos do Banco de Dados Cadastrais da Casa Fonte Colombo.

¹³¹ Observação e participação nos trabalhos realizados na instituição.

¹³² “A reinfecção pelo vírus HIV é consequência dos contatos desprotegidos entre portadores do vírus HIV”. MACKERT, 2009, p. 147.

prevenir contra ela. Motivamos as pessoas a realizar o exame anti-HIV, já que esta é a única forma de saber se tem ou não o vírus. A informação além de ajudar na prevenção de novas infecções também é útil para as pessoas que já estão infectadas com o vírus, pois assim elas sabem como proceder e se prevenir de novas infecções, além de não infectar outras pessoas. “O trabalho de prevenção nas áreas de periferia, nas empresas, nas comunidades e escolas, tem se tornado uma das ações de grande importância para a equipe da Casa Fonte Colombo”.¹³³

2.3 Relatos da experiência prática

Minha inserção na Casa Fonte Colombo acontece às tardes de quinta-feira. O grupo é formado por mulheres de diferentes idades, desde crianças, adolescentes até mulheres idosas. Os filhos acompanham as mães nas atividades. Por isso, um grande número de crianças se faz presente. Em cada tarde, o número de usuárias varia. Na quinta-feira, o grupo gira em torno de 30 a 50 mulheres. No grupo há mulheres com mais de 50 anos vivendo com HIV/AIDS, e envelhecendo com a doença. Segundo os dados do Boletim Epidemiológico, este é um grupo em que o número de contaminações pelo HIV/AIDS está crescendo.

A experiência na Casa Fonte Colombo tem sido de grande valia, proporcionando conhecimento sobre o que significa viver e conviver com o HIV e a AIDS. Ouvindo os relatos das pessoas que frequentam a instituição, percebe-se quais são as suas necessidades, dificuldades, dúvidas e medos. É possível perceber que receber o diagnóstico positivo para o HIV/AIDS é um choque, um processo muito doloroso e que leva certo tempo até que seja compreendido. A negação e o sentimento de culpa são as primeiras reações que surgem. Negam a realidade da doença e a necessidade de prevenção e uso de medicamentos e culpam a si mesmas por não terem evitado o que veio a lhes contaminar ou culpam alguém por tê-las contaminado.

A maioria dos depoimentos pessoais de mulheres descreve o quanto elas ficaram abaladas em saber que haviam contraído HIV ou AIDS, e as dificuldades em enfrentar esse conhecimento. Começam a questionar suas vidas inteiras, a se preocupar com o futuro e com o que iria acontecer com elas, suas relações mais próximas e a família, principalmente os filhos.

¹³³ FONTE COLOMBO Centro de Promoção da Pessoa Soropositiva-HIV. *Boletim*, ano 6, n. 6, set. 2006.

Muitas mulheres ficam com raiva ou culpam a si mesmas, independente de como contraíram a doença. Muitas se sentem abandonadas e sozinhas.¹³⁴

As conversas no espaço de convivência se dão sobre diversos assuntos. Compartilham sobre os problemas que enfrentam no dia a dia, sobre as dificuldades e dilemas que enfrentam no trabalho, com a família, amigos e relacionamentos amorosos. Além disso, também conversamos sobre o tratamento e as dificuldades de aderir a ele, bem como os efeitos colaterais que eles trazem.

Ao longo desse ano que venho acompanhando esse grupo, percebo que algumas dessas mulheres conseguem lidar bem com o fato de viverem com HIV/AIDS, enquanto outras têm dificuldade de falar sobre esse assunto. Sinto que algumas mulheres não gostam de falar sobre a doença, elas mudam de assunto ou procuram outro lugar para sentar. Já outras contam com naturalidade como souberam que estavam doentes, quais foram os sentimentos que surgiram, como lidaram com o diagnóstico e onde encontraram forças para seguir adiante.

Cada uma dessas mulheres encontrou formas de sobreviver ao diagnóstico positivo e encontra diariamente maneiras de se tornar mais forte do que o vírus. A maioria das pessoas com HIV/AIDS quer viver, seja para poder criar os filhos, cuidar dos pais, do marido ou para aproveitar as coisas boas que a vida oferece. Graças ao uso dos medicamentos antirretrovirais é possível que uma pessoa com HIV/AIDS viva muitos anos e com qualidade. Muitas mulheres usuárias da instituição vivem com HIV/AIDS há mais de 10 anos sem maiores problemas de saúde.

As histórias de vida dessas mulheres são ricas em detalhes. História de quem perdeu pessoas importantes em sua vida por causa de drogas, em decorrência do HIV/AIDS ou por causa do preconceito de viver com HIV/AIDS. Ao longo do tempo, percebi que em alguns casos é difícil saber qual é a história real de vida dessa pessoa, já que elas em seu imaginário criam novas histórias e as relatam como se fossem reais. Uma das usuárias relatou ter vindo do Rio de Janeiro. Diz ter tido sete filhos, mas apenas os dois menores viviam com ela, os outros teriam ido para um abrigo. Logo em seguida alguns detalhes da sua história já não eram mais os mesmos, ficando difícil saber qual seria sua real história de vida. Cria-se um mundo imaginário para não sucumbir à vida real.

¹³⁴ BERER; RAY, 1997, p. 41.

Resgatar a dignidade das pessoas e melhorar a qualidade de vida de quem vive com HIV/AIDS é um dos objetivos da Casa Fonte Colombo. Por isso, ela oferece serviços que sejam capazes de ajudar essas pessoas a viver uma vida com mais dignidade. É importante lembrar que a instituição não consegue fazer isso sozinha. Ela precisa que as pessoas estejam conscientes de que a melhoria de sua qualidade de vida depende delas. A instituição leva a informação sobre a importância de se prevenir contra doenças e contra a reinfecção, alerta sobre os riscos de contaminação da mãe para o bebê quando há gestantes, e sobre a necessidade do uso contínuo dos medicamentos e a necessidade de levar uma vida saudável, mas o que cada uma faz com essas informações depende delas mesmas. Nem todas as usuárias seguem o tratamento de forma correta, o que prejudica sua qualidade de vida.

O grupo de mulheres por mim acompanhado frequenta a instituição há muitos anos. Existe entre elas uma ligação bastante forte, criaram-se grupos de afinidade e solidariedade entre elas. Quando uma das usuárias do grupo está faltando, busca-se saber o que aconteceu com ela, se está doente ou com alguma dificuldade. Antes da refeição há um momento de oração, no qual estas pessoas também costumam ser lembradas. É válido lembrar que a Casa Fonte Colombo respeita a diversidade religiosa tanto das usuárias como também das voluntárias que frequentam a instituição.

O espaço de convivência é também um espaço de troca de informações e experiências. É interessante observar que as mulheres mais bem informadas e conscientizadas sobre o que significa viver com HIV/AIDS alertam as demais companheiras do grupo. Sempre torna-se assunto a importância dos cuidados com a saúde, da necessidade de usar preservativos, mesmo que seja nas relações com o companheiro ainda que ele também viva com o HIV/AIDS, fala-se sobre uso de medicamentos, de como se adaptam ou não, de como os medicamentos contribuíram para ter uma vida com mais qualidade, fala-se sobre a maternidade e os riscos que as crianças correm de nascer com o vírus. Quem tem mais informação transmite o conhecimento para quem tem menos.

As mulheres são conselheiras umas das outras. As dificuldades vividas são compartilhadas entre elas, que se apóiam mutuamente. Inúmeras perdas fazem parte de suas vidas. Perda da saúde, do emprego, do apoio da família e amigos, o

medo da morte e a experiência da morte de pessoas próximas fazem com que as pessoas sintam medo do está por vir. O resultado positivo para o HIV/AIDS afeta todo o sistema em que a pessoa está inserida, mexe com as estruturas da pessoa e da família. Preconceito, falta de informação ou medo fazem com que a própria família acabe excluindo a pessoa com HIV/AIDS do seu convívio ou restringindo o contato. Assim, quem já está vivendo um momento de crise por causa do diagnóstico sofre ainda mais com a perda do apoio da família e amigos. É comum a pessoa HIV-positivo optar em não revelar sua nova condição, embora essa situação também lhes traga sofrimento. Essa é uma forma que elas encontraram de ao menos não perder os laços familiares.

Entre as usuárias há aquelas que não esconderam da família e dos filhos o diagnóstico positivo para o HIV/AIDS, principalmente aquelas que têm filhos adultos. Entretanto, percebi que ao mesmo tempo em que uma parte da família foi solidária e acolheu a outra parte discriminou e afastou do convívio a pessoa vivendo com HIV/AIDS. Essa situação causa sofrimento, uma vez que não se espera que a própria família aja de forma preconceituosa. O apoio da família é importante em situações dolorosas e crise, e a perda desse apoio é fonte de sofrimento, conforme o relato de muitas usuárias. Essas experiências dolorosas fazem com que muitas pessoas acabem optando por não falar que vivem com HIV/AIDS. O silêncio está aliado ao medo. Medo do preconceito que a sociedade impõe e até mesmo do preconceito por parte daqueles que deveriam acolher as pessoas que se descobrem HIV positivo.

Superar os problemas que surgem é um desafio tremendamente difícil, e se torna parte central da vida das mulheres. Muitas descrevem o potencial para crescimento pessoal e para mudanças que essa experiência traz, ainda que nunca seja fácil. Lutar contra a incerteza significa aprender tudo o que for possível sobre HIV/AIDS e as opções para tratamento, reconhecendo que a estafa e a ansiedade são reações normais. É preciso lidar com elas quando surgem em determinadas situações, aceitá-las e responsabilizar-se para o que acontecer depois.¹³⁵

É direito da pessoa que vive com HIV/AIDS manter sigilo sobre sua sorologia. Entretanto, pude perceber pelos relatos que muitas vezes manter esse segredo é muito doloroso. Não poder contar porque não está amamentando o filho no peito; ou porque precisa tomar tantos remédios e consultar médicos; se inicia um

¹³⁵ BERER; RAY, 1997, p. 41-42.

novo relacionamento sempre existe a dúvida entre contar ou não contar, ou explicar por que não quer ter relações sexuais sem preservativo ou nem mesmo tê-las. Uma das usuárias contou não ter relações sexuais desde que realizou o exame e soube que estava com AIDS. Segundo ela, o sexo passou a não ter mais importância, além de ser uma forma de proteção para si mesmo e para os outros. Pelos relatos, vemos que “muitos optam por silenciar sua doença para evitar ser discriminados, porém assim se colocam em uma situação de alienação e sentimento de inferioridade. Não se atrevem a ser francos com aquilo que para eles mesmos é uma questão de vida e morte”.¹³⁶

Outro problema que surge é no trabalho. Ocorre que a pessoa precisa pedir licença do trabalho para consultar o médico ou até mesmo acaba permanecendo internado por vários dias. “Não é em todos os lugares que o trabalhador soropositivo ou doente de AIDS pode mover-se livremente em seu local de trabalho, comentando a sua condição sorológica, a sua emoção em relação a isto, as suas dificuldades”.¹³⁷ Algumas mulheres relatam que preferiram não esconder e foram compreendidas, outras contaram e foram demitidas enquanto outras preferiram não contar nada e assim garantem o emprego e o sustento da família. Também há aqueles que relatam terem sido submetidos ao exame para diagnóstico de HIV/AIDS sem consentimento e acabaram sendo demitidos. Uma grande dificuldade de quem vive com HIV/AIDS é conseguir trabalho. A maioria das usuárias da Casa Fonte Colombo vive em situação de vulnerabilidade social, com baixa escolaridade ou analfabetas.¹³⁸ O trabalho como diarista é a principal fonte de renda das mulheres que vivem com AIDS usuárias da instituição.

O uso de drogas, lícitas ou ilícitas, é outro problema que faz parte da história de vida de muitas usuárias da Casa Fonte Colombo ou de algum familiar. A combinação das drogas com a medicação pode acabar prejudicando o tratamento, reduzindo os efeitos da medicação no organismo, contribuindo assim para o

¹³⁶ “Muchos optan por silenciar su enfermedad para evitar ser discriminados, pero se colocan así en una situación de alienación y sentimiento de inferioridad: no se atreven a ser francos con aquello que para ellos mismos es una cuestión de vida o muerte”. CARTA, 2007, p. 19

¹³⁷ KERN, Francisco A. Mulheres soropositivas: a visibilidade e a invisibilidade da representação social da AIDS. *Revista Virtual Textos & Contextos*, n. 2, ano II, dez. 2003. p. 5.

¹³⁸ “A legislação vigente é clara e objetiva, em se tratando do exame anti-HIV dar positivo, não se constitui em motivo suficiente para que o trabalhador seja demitido. Caso contrário, estará caracterizada a atitude discriminatória do empregador, o que é vedado pelo Art. 7º, Inciso I, da Constituição Federal.” KERN, 2003, p. 5.

aparecimento de doenças oportunistas. Algumas usuárias relataram as estratégias usadas para seguir o tratamento e não abandonar o consumo de álcool ou as drogas. Uma dessas estratégias, segundo elas, é aguardar uma ou duas horas após tomar a medicação para então consumir drogas normalmente. A Casa Fonte Colombo não obriga as pessoas a abandonar as drogas ou o álcool; no entanto, busca conscientizar as pessoas sobre os malefícios que o uso de drogas traz.

As palestras do grupo de adesão são uma fonte muito rica de informações para as pessoas que frequentam a Casa Fonte Colombo. Essas palestras acontecem uma vez por mês com diferentes temáticas, incentivando sempre a promoção da pessoa vivendo com HIV/AIDS. Para cada temática são convidadas pessoas de fora da instituição, que trabalhem com o assunto em pauta e que sejam capacitadas a responder as dúvidas das usuárias. Nas palestras que participei, pude observar que as mulheres têm muitas dúvidas e fazem muitos questionamentos para os palestrantes. Enquanto que algumas mulheres conseguem ter um bom entendimento sobre o que está sendo dito, para outras a baixa escolaridade é um empecilho e dificulta a compreensão.

A conscientização e prevenção de novas infecções por HIV são tema constante. A Casa Fonte Colombo está preocupada com as novas infecções que acontecem anualmente. Por isso, é que ela insiste na formação e informação das pessoas. Pessoas conscientes dos riscos de se contrair o HIV/AIDS são também mais prevenidas. Além disso, lembra-se sempre que não é possível saber quem tem HIV/AIDS a não ser através do exame. Por isso, a prevenção é tema constante.

Embora as pessoas que frequentam a instituição sejam pessoas que estão vivendo com HIV/AIDS essas informações são importantes para que elas possam conscientizar outras pessoas sobre os cuidados que se deve tomar, além de informar sobre como o vírus pode ser transmitido de uma pessoa pra outra diminuindo, assim, o preconceito. Além disso, também é bom lembrar que o uso de preservativos é importante, pois evita que haja recontaminação e que o vírus venha a sofrer mutações e se torne resistente aos medicamentos. “Usar camisinha é uma estratégia de prevenção. Uma relação sexual com camisinha é muito mais segura do que sem proteção. Quanto mais vezes se usar a camisinha menos a frequência da

exposição”.¹³⁹ Quando a camisinha é utilizada corretamente não há riscos de se contaminar. Ainda que o uso não seja feito em todas as relações ele não deve ser descartado.

É interessante observar que a maioria das mulheres tem consciência da necessidade de fazer uso de preservativos, mesmo que ambos tenham o vírus. Entretanto, essa necessidade esbarra no desejo das mulheres de serem mães. Quando uma nova grávida aparece no grupo, elas comentam sobre a importância que o uso de preservativo representa no tratamento, de que o vírus pode sofrer mutações quando há troca de sêmen ou sangue contaminado. Também comentam sobre o risco que existe de a criança vir a nascer portadora do vírus e que o acompanhamento médico durante a gravidez é muito importante. Um dos Freis que coordena a Casa Fonte Colombo afirma que não há casos de crianças que tenham nascido com o vírus HIV entre as mulheres que frequentaram a instituição antes de engravidar. Essa informação reforça a importância que a instituição representa na vida das pessoas que vivem com HIV/AIDS.

Não se pode negar que as futuras mães sintam medo de que seu filho venha a nascer com o vírus; no entanto, muitas vezes, o desejo de serem mães é maior do que o medo de as crianças nascerem positivas. O acompanhamento médico é fundamental durante a gravidez. Vale lembrar que elas têm grandes possibilidades de serem negativadas, desde que se faça um correto acompanhamento médico durante a gravidez e que se tomem os cuidados necessários durante o parto e não se amamente a criança com leite materno. Os bebês também precisam passar por exames médicos e tratamento nos primeiros meses de vida até então receberem o exame final com carga viral negativa.

Em realidade, onde a situação de vida é precária também é preciso levar em conta que a violência doméstica se faz presente e pode ser um fator que contribuiu para o aumento do número de casos de HIV/AIDS em mulheres. Uma das usuárias da Casa Fonte Colombo relata que é vítima constante de maus tratos pelo seu parceiro. Este não é o pai de suas filhas e, assim como ela, vive com HIV/AIDS. Seu maior medo é de que ele possa abusar de suas filhas e de que ele transmita o vírus para elas. Situações difíceis como essas trazem muita dor e sofrimento e por isso quadros depressivos são comuns entre as usuárias. Outro motivo que causa muita

¹³⁹ BERER; RAY, 1997, p. 189.

angústia é encontrar a maneira de contar para os filhos que elas vivem com HIV/AIDS.

Normalmente não se costuma perguntar as usuárias da Casa Fonte Colombo como elas foram contaminadas. “Quando as pessoas estão doentes o mais importante não é como é que elas obtiveram a doença, mas o que podemos fazer para ajudar-lhes a sobreviver no seu sofrimento”.¹⁴⁰ Porém, em algumas conversas mais individuais com as mulheres, consegue-se saber que elas foram contaminadas pelos seus companheiros. Em alguns casos, elas desconfiavam da infidelidade do companheiro, mas mesmo assim não pediam para que ele usasse preservativo nas relações sexuais com elas ou não buscavam saber se ele o usava nas relações com outras mulheres. O uso de preservativo pode significar desconfiança, o que viria a abalar a relação entre o casal. Muitas vezes, as mulheres com HIV/AIDS tiveram somente um ou poucos parceiros sexuais durante toda vida. No entanto, “ser fiel não as protegeu quando seus parceiros não foram fiéis, ou se já tinham o HIV quando a relação começou”.¹⁴¹ O perfil das mulheres atingidas pela epidemia mudou.

Dentre as mulheres mais atingidas pela epidemia estão as donas de casa e as empregadas domésticas, em sua maioria analfabetas ou em ensino fundamental incompleto, indicando sua proveniência de classes sociais de menor poder aquisitivo e que sabem dizer o nome do homem que lhes transmitiu o vírus HIV, pois é o seu único parceiro sexual.¹⁴²

Ainda que o preservativo não seja usado em todas as relações com todos os parceiros, é preciso encorajar homens e mulheres a fazer o uso do preservativo. “Apesar de ninguém querer encorajar o uso esporádico, as pessoas podem pensar que se não usarem camisinha todas às vezes, não vale a pena usar, o que não é o caso”.¹⁴³ O HIV pode não ser transmitido de uma pessoa pra outra no primeiro contato. “Uma pessoa pode ter sido exposta ao HIV uma ou várias vezes, antes que

¹⁴⁰ KURIAN, Manoj. *Ouvindo com amor: aconselhamento pastoral: uma resposta cristã para as pessoas vivendo com VIH*. Disponível em: <http://www.google.com.br/url?sa=t&rct=j&q=kurian%2C%20manoj.%20ouvindo%20com%20amor%3A%20aconselhamento%20pastoral%3A%20uma%20resposta%20crist%C3%A3%20para%20as%20pessoas%20vivendo%20com%20vih&source=web&cd=1&ved=0CEQQFjAA&url=http%3A%2F%2Fvd.pcn.net%2Fes%2Findex.php%3Foption%3Dcom_docman%26task%3Ddoc_download%26gid%3D23%26Itemid%3D30&ei=EDXOT5qzIZOc8QTluKyFCw&usg=AFQjCNGwXDx6lmixwuYhL4CzopFloYH7iA>. Acesso em: 12 maio 2012. p. 17.

¹⁴¹ BERER; RAY, 1997, p.186.

¹⁴² TRASFERETTI, José Antônio; LIMA, Livia Ribeiro. *Teologia, sexualidade e AIDS*. Aparecida: Santuário, 2009. p. 80.

¹⁴³ BERER; RAY, 1997, p. 189.

o contágio ocorra. Quanto maior a exposição, maior será a probabilidade de contaminação”.¹⁴⁴ Assim sendo, o uso de preservativo nas relações sexuais é importante.

No caso das mulheres idosas, o uso de preservativos já não é mais uma preocupação, pois para elas o sexo ainda está aliado à reprodução e estando elas fora da idade fértil, não correm o risco de engravidar. Na sua época de adolescentes, o preservativo não era algo comum, muitas nem conheciam ou sequer sabiam como usá-lo. Sendo assim, negociar o seu uso com o parceiro torna-se ainda mais difícil. “Ser capaz de dizer não ao sexo é algo que mulheres de todas as idades gostariam de fazer quando sua experiência com sexo é desagradável ou humilhante”.¹⁴⁵ Muitas mulheres sabem que seus parceiros fazem sexo com outras e mesmo assim não conseguem se desvincular deles. A infidelidade masculina é vista como algo da natureza do homem por isso deve ser relevada. Ainda que isso seja considerado algo normal, a revelação do HIV/AIDS no marido pode causar revolta, indignação e sentimentos de desvalorização. A mulher que é contaminada pelo marido além de ter de lidar com a traição do companheiro ainda precisa lidar com os medos e as dúvidas sobre a doença.

Tem-se tornado mais frequente, como vimos no primeiro capítulo 1, mulheres com mais de 50 anos de idade contaminadas pelos seus companheiros. Torna-se comum que as mulheres vivendo relações estáveis sejam contaminadas pelos seus companheiros. Uma usuária contou como descobriu que estava vivendo com AIDS e os sentimentos que viveram a tona após essa revelação. O que mais chama a atenção nesse relato é que embora o homem tenha sido responsável por trazer o vírus para o lar ele não admite a culpa, nega sua responsabilidade, e se afasta da companheira, como se ela fosse a responsável. O homem nega que tenha o vírus e nem mesmo aceita fazer o exame. Essas situações são dolorosas para as mulheres, pois ao mesmo tempo em que descobrem que seus companheiros foram infiéis elas ainda precisam conviver com a sua rejeição. Outro fato que chama a atenção nesse relato é que mesmo com toda esta situação de infidelidade e de rejeição a mulher não abandona seu companheiro: ela continua vivendo sob o mesmo teto e cuida dele.

¹⁴⁴ BERER; RAY, 1997, p. 29.

¹⁴⁵ BERER; RAY, 1997, p. 187

O preconceito e estigma em torno do HIV/AIDS afeta a vida de quem convive com ele. O que torna a revelação do diagnóstico um processo ainda mais doloroso é que nem sempre os profissionais de saúde estão preparados para revelar o resultado do exame anti-HIV. Uma das preocupações que se deve ter ao transmitir um resultado positivo para o HIV/AIDS é que ele aconteça de forma sigilosa, levando em conta o choque inicial que receber esse diagnóstico causa. Nas conversas com as mulheres na Casa Fonte Colombo, elas deixaram transparecer que comumente a revelação não acontece de forma adequada, pois não respeita os sentimentos da pessoa e o choque inicial. Além disso, ocorre que essas pessoas são encaminhadas para outros médicos ou hospitais, alegando que não tem condições de oferecer atendimento adequado.

Embora muito já se tenha avançado no Brasil no que diz respeito ao tratamento com medicamentos antirretrovirais, especialmente porque eles são distribuídos de forma gratuita e garantem uma melhora significativa na qualidade de vida e na sobrevivência das pessoas vivendo com HIV/AIDS. No entanto, o problema é que o diagnóstico é feito tardiamente, o que dificulta o tratamento. Além disso, ainda é precário o número de profissionais que estejam preparados para lidar com a realidade do HIV/AIDS e aptos a esclarecer todas as dúvidas que receber esse diagnóstico traz.

Para ter uma boa qualidade de vida de quem vive com HIV/AIDS, o acompanhamento médico é fundamental. O uso de medicamentos antirretrovirais impede que o vírus se multiplique no organismo. Entretanto, para que isso aconteça, é preciso seguir o tratamento de forma correta. Abandonar o tratamento e recomeçar novamente torna o vírus resistente ao medicamento, sendo necessário fazer alterações na medicação. Por isso, é muito importante manter os exames de CD 4 e carga viral em dia, pois assim o profissional tem informações necessárias para fazer as alterações necessárias nos medicamentos.¹⁴⁶

Considerando um conjunto de efeitos colaterais que o tratamento da AIDS provoca, muitas das mulheres se negam ao comprometimento e à seqüência do tratamento. Uma vez que ali “falta tudo”, constrói-se uma representação negativa do tratamento anti-retroviral. Alguns dos efeitos

¹⁴⁶ Carga viral: “é a quantidade de vírus presente no paciente. Ela é expressa por cópias de vírus ou número de vírus em cada mililitro de sangue. O exame para se determinar a carga viral do paciente chama-se Polimerização de Reação em Cadeia ou PCR”. O exame deve ser feito antes de iniciar a terapia e repetido a cada retorno do paciente ao médico. MACKERT, 2009, p. 64.

colaterais são, por exemplo, o vômito e a diarreia. Por que assumir, então, o tratamento que provoca diarreia, se muitas vezes falta até o próprio recurso de assepsia, como exemplo, o papel higiênico? Estes são elementos, talvez, que possam ser considerados insignificantes, mas, no cotidiano destas mulheres, estes elementos se tornam determinantes em decisões que devam ser tomadas.¹⁴⁷

Onde falta tudo, muitas vezes até mesmo a alimentação, o HIV/AIDS se tornou apenas mais um problema entre tantos outros. E a qualidade de vida que se adquire através da medicação não faz sentido. A situação de vida de muitas usuárias da Casa Fonte Colombo é de pobreza extrema, muitas não têm uma renda fixa e ainda outras vivem em situações de rua.

É interessante observar que a equipe da Casa Fonte Colombo, os profissionais, especialmente médicos e enfermeiros, estão sempre monitorando os exames médicos dos usuários e quando percebem alguma alteração buscam saber o que vem acontecendo e qual as causas dessas alterações. Se a imunidade está muito baixa, esses profissionais também lembram os riscos que a pessoa corre de adquirir doenças oportunistas, o que pode piorar o seu estado.¹⁴⁸

A Casa Fonte Colombo é importante porque mais do que sofrer por causa dos efeitos que o HIV/AIDS causa em seu organismo, quem vive com o vírus e a doença ainda precisa lidar com situações constrangedoras que são fruto da desinformação e do preconceito da sociedade em geral. Embora o HIV/AIDS ser conhecido no Brasil há 30 anos, é grande o número de pessoas que não sabem ou fingem não saber as formas pelas quais o HIV/AIDS pode ser transmitido e afastam do convívio os próprios familiares quando estes declaram serem portadores do vírus HIV ou viverem com AIDS. Outros tantos relatos mostram que a discriminação está em toda parte. Nos hospitais e postos de saúde, na busca por atendimento médico. Uns perderam a casa onde moravam, outros foram expulsos de casa. Filhos que não falam mais com os pais, pais que negaram apoio a seus filhos, irmãos que não se visitam, famílias destruídas por causa do preconceito com as pessoas que vivem com HIV/AIDS. Essa postura pela sociedade em geral faz com que as pessoas que

¹⁴⁷ KERN, 2003, p. 13.

¹⁴⁸ O valor de células CD4 varia entre indivíduos. Esse valor é muito variável de acordo com o estilo de vida: se fuma, se usa bebida alcoólica, se usa drogas e se tem uma boa alimentação. Em um indivíduo sem o vírus HIV, o CD4 gira em torno de 400 até 1.500. Em um portador de HIV, temos o corte em 350 células CD4 já é considerado imunodeprimido e necessita iniciar a medicação. Mas, cada caso tem que ser discutido separadamente com o médico assistente. MACKERT, 2009, p. 48.

vivem ou convivem com o HIV/AIDS se caem e vivem isoladas. Além de sofrer com a doença, os sintomas que se manifestam com mais intensidade ao longo do tempo, o tratamento e o medo da morte que se aproxima, elas ainda sofrem com o preconceito das pessoas que as cercam. Em muitos casos, a própria família se afasta aumentando ainda mais o sofrimento. A morte social¹⁴⁹ que o HIV/AIDS causa traz mais sofrimento do que o medo da morte pela doença. Por isso, espaços como a Casa Fonte Colombo são tão bem vistos pelas usuárias.

2.3.1 Campanhas de prevenção ao diagnóstico precoce

De tempos em tempos, a Casa Fonte Colombo, juntamente com a Pastoral da AIDS, faz campanhas de prevenção nas periferias de Porto Alegre, com o objetivo de alertar as pessoas sobre os riscos de contaminação e as formas pelas quais é possível se contaminar com o vírus. Fala-se sobre a importância do uso de preservativo nas relações sexuais, além de divulgar os lugares onde é possível fazer o teste para o HIV/AIDS e a importância de se fazer o teste de tempos em tempos, mesmo para quem vive com parceiros estáveis. A reação das pessoas ao serem abordadas são as mais diversas. Enquanto algumas aproveitam o momento para saber mais, outras se escondem dentro de casa ou não querem o material explicativo que é distribuído. Reações como essa mostram que falar de HIV/AIDS ainda é um tema tabu para muitas pessoas.

Os bairros escolhidos são locais onde a vulnerabilidade social é muito grande. A situação em que vivem essas pessoas é das mais precárias. Vivendo em barracos, muitas vezes com mais de uma família vivendo sob o mesmo teto, sem um mínimo de privacidade e com condições precárias de saneamento. Não há rede de água e o esgoto corre a céu aberto em diversos lugares. Essas condições em que as pessoas vivem facilitam a proliferação de doenças infecciosas.

Falta de acesso à educação e aos serviços públicos de saúde também marcam a realidade dessas pessoas. Participei de uma dessas campanhas e me deparei com situações bem precárias. Vimos doentes ocupando o mesmo espaço que o restante da família, fator que pode prejudicar na recuperação e, ainda, dependendo da doença, transmiti-la aos outros membros. Muitas dessas famílias

¹⁴⁹ SONTAG, 2007, p. 104.

não têm como manter os filhos na escola, pois eles precisam ajudar no sustento do lar. Carroças utilizadas para catar lixo são encontradas na maioria dos lares.

Em contextos como esse, a exploração sexual é outro meio utilizado para auxiliar no sustento. Meninas e meninos ainda muito jovens vendem seu corpo em troca de algum dinheiro usado para comprar comida, drogas ou álcool. Dificilmente existe, nesses casos, a preocupação com o uso de preservativos. Assim sendo, o HIV/AIDS pode se espalhar rapidamente.

2.3.2 Oficina Contextualizando

A Oficina Contextualizando tem por objetivo introduzir a participante no estudo básico sobre os textos sagrados. Fazendo uma abordagem panorâmica da história dos textos mais conhecidos, busca aproximar as pessoas com os textos bíblicos a partir de uma reflexão contextualizada. A temática desenvolvida nesta oficina tem como foco a leitura popular da Bíblia a partir da realidade e vivência cotidiana de cada participante. É valorizada e incentivada a participação das integrantes da oficina, para que compartilhem suas experiências e percepções sobre os textos trabalhados, possibilitando releituras e reinterpretações de passagens bíblicas.

A interpretação dos textos busca levar em conta a realidade das pessoas vivendo e convivendo com HIV/AIDS. As participantes são instigadas a pensar nos textos a partir da sua realidade. As contribuições e observações das participantes são valorizadas e respeitadas. Todas são convidadas a se manifestar. Não queremos dizer o que está certo ou errado, apenas incentivamos a reflexão dos textos bíblicos sob um novo ponto de vista.

Tem sido interessante observar as reações que surgiram a partir do início da oficina. Algumas mulheres comentaram estarem receosas do que iria acontecer nessa oficina, pois a Bíblia e a religião eram coisas que não lhes atraía muito. Com o passar do tempo, observamos que a oficina tem feito com que as mulheres reflitam sobre a importância da Bíblia e o que os textos bíblicos podem dizer para elas hoje. O número de participantes varia de um encontro para outro. O grupo é aberto e tem instigado a curiosidade de algumas usuárias que participam de alguns encontros aleatórios. Os textos bíblicos usados para os encontros são sugeridos a partir do

interesse do grupo. A oficina é construída em parceria com as usuárias. O grupo é aberto e novas usuárias vêm se integrando ao grupo. O grupo varia entre 10 e 15 mulheres, sendo que a maior parte delas participa de todos os encontros.

No decorrer da oficina, vimos que as mulheres não tinham muito contato com o manejo da Bíblia, pois elas demonstravam dificuldade de localizar os textos. Com o passar dos encontros, elas já conseguem encontrar os textos com mais facilidade. A maioria delas não frequenta a igreja há muitos anos. Algumas são católicas, outras evangélicas, outras espíritas e ainda frequentam terreiros de religiões afro-brasileiras. Essa diversidade de crenças contribui para oficina, pois traz diferentes olhares para os textos apresentados. Temos percebido que as reflexões que elas têm feito são muito pertinentes. Algumas mulheres conseguem entender o foco central do texto e atualizá-lo de forma muito precisa. Elas falam o que realmente sentem em relação aos textos, conseguem se colocar no lugar do personagem e questionam a realidade da época atualizando para o contexto atual. Percebemos que elas começaram a refletir sobre as histórias bíblicas trabalhadas no seu dia a dia em situações que acontecem. Elas relacionam os personagens e histórias bíblicas com pessoas e acontecimentos atuais, situações que aconteceram com elas durante a semana. Foram trabalhados textos como Jó, o Bom Samaritano (Lc 10.25-37); o cego Bartimeu (Mc 10.46-52); a mulher samaritana (Jo 4.5-42), Marta e Maria (Lc 10.38-42); Eva (Gn 2), entre outras histórias de mulheres e de cura. Como disse o Frei Bernardi:

Do encontro cotidiano com pessoas soropositivas, seja no atendimento na Casa Fonte Colombo, seja nas periferias de Porto Alegre onde se fazem campanhas de orientação e prevenção, bem como trabalhos de formação e informação em escolas, grupos de jovens, de casais, de mulheres, de agentes de pastoral, brotam as reflexões que aqui partilhamos.¹⁵⁰

As conversas com as mulheres usuárias da Casa Fonte Colombo nos fazem refletir sobre o que significa viver com HIV/AIDS. Muitos são os desafios que elas enfrentam no seu dia a dia para sobreviver. Elas querem ser aceitas na sociedade e junto com os seus levar uma vida normal, sem precisar se esconder por conta do estigma e preconceito que essa doença traz. Esses depoimentos pessoais são

¹⁵⁰ BERNARDI, José. Os desafios pastorais da AIDS. In: CONFERÊNCIA NACIONAL DOS BISPOS DO BRASIL. Pastoral DST/AIDS. *Viu e teve compaixão... Igreja e AIDS*. Fortaleza: CNBB, 2002. p. 26-27.

trazidos nas conversas individuais no espaço de convivência e também na oficina. Sendo assim, a oficina é um espaço onde as mulheres sentem-se acolhidas e amadas. É um espaço de empoderamento, pois ajuda as mulheres a tornarem-se sujeitos das suas próprias vidas. Ela tem possibilitado que essas mulheres estabeleçam uma nova relação com Deus, pois se sentem amadas por ele.

Se no início da oficina as usuárias tinham receio de refletir sobre os textos bíblicos, hoje elas dizem sentir prazer em fazer parte do grupo. As avaliações que realizamos com as participantes no final de cada encontro são positivas. Segundo elas, a oficina permitiu novos olhares para sua realidade. Elas dizem nunca ter pensado que os textos bíblicos podiam ser tão atuais e fazer algum sentido para as pessoas que vivem com HIV/AIDS.

A oficina quer ser um espaço educativo e que venha a contribuir na formação e informação das pessoas. Um dos grandes desafios que a sociedade enfrenta é o acesso à educação para todos. A educação é um fator muito importante quando se trata da questão do HIV/AIDS, uma vez que através dela é possível trabalhar a importância da prevenção durante as relações sexuais e os cuidados que se deve ter quando já se possui o vírus, bem como as suas formas de tratamento, diminuindo o estigma e preconceito que afeta quem vive e convive com HIV/AIDS.

Embora o HIV/AIDS seja visto como algo que afeta os outros, em pouco tempo todos teremos alguém na família ou próximo a nós vivendo com a doença. As relações de cuidado tornam-se um fator importante na superação das dificuldades decorrentes do diagnóstico positivo. No próximo capítulo, trataremos sobre o aconselhamento pastoral como uma forma de cuidado às pessoas vivendo e convivendo com o HIV/AIDS.

3 CUIDADO PASTORAL: ABORDAGENS DO ACONSELHAMENTO ÀS PESSOAS VIVENDO COM HIV/AIDS

Todas as pessoas precisam de cuidado, nas diferentes fases da vida. Enquanto crianças, precisamos de toda a atenção de nossos pais para desempenhar as funções mais simples, como nos alimentar e nos locomover. Na fase adulta, precisamos de outros tipos de cuidado. Desde cuidados com a saúde, com o corpo, precisamos de cuidado com nossos sentimentos e dificuldades. O cuidado é algo intrínseco do ser humano. Cuidar de si e cuidar dos outros/as e cuidar de tudo que nos cerca é uma necessidade de todos os seres humanos. “Aprender a cuidar mais adequadamente das relações, dos vínculos que estabelecemos entre nós, é uma busca e uma necessidade de todo ser humano”.¹⁵¹

Conforme Boff, “cuidar é mais que um ato, é uma atitude. Portanto, abrange mais que um momento de atenção, de zelo e de desvelo. Representa uma atitude de ocupação, preocupação, de responsabilização e de envolvimento afetivo com o outro”.¹⁵² O Novo Testamento vê o cuidado como algo que o ser humano faz pelos outros em obediência a Deus. “O cuidado é uma reação natural do ser humano diante de pobreza, fome e demais dificuldades que surgem no decorrer de sua vida”.¹⁵³ O cuidado pastoral é uma dimensão mais ampla do aconselhamento pastoral, que envolve o cuidado com outras pessoas em seus momentos de crise. Neste capítulo, abordaremos a temática do cuidado pastoral com pessoas vivendo e convivendo com o HIV/AIDS. “O ser humano é, por condição, vulnerável e, sob o ponto de vista psicológico, nunca fica igual após uma dura experiência de vida”.¹⁵⁴

¹⁵¹ ROESE, Anete; DEIFELT, Wanda. *Espaços de cuidado, movimentos de ressurreição: teoria e método para o processo de acompanhamento pastoral terapêutico de grupos*. São Leopoldo: EST/IEPG, 2004. p. 53.

¹⁵² BOFF, Leonardo. *Saber cuidar: ética do humano: compaixão pela terra*. Petrópolis: Vozes, 1999. p. 33.

¹⁵³ OLIVEIRA, Roseli, M. Kühnrich; HEIMANN, Thomas. Cuidando de cuidadores: um olhar sobre os profissionais de ajuda a partir do conceito de cuidado integral. In: NOÉ, Sidnei Vilmar et al. *Simpósio de Aconselhamento e Psicologia Pastoral: espiritualidade e saúde: da cura d'almas ao cuidado integral*. São Leopoldo: Escola Superior de Teologia; Sinodal, 2004. p. 82.

¹⁵⁴ ROCCA, Susana. Resiliência: uma perspectiva de esperança na superação das adversidades. In: HOCH, Lothar Carlos et al. *Simpósio de Aconselhamento e Psicologia Pastoral: sofrimento, resiliência e fé: implicações para as relações de cuidado*. São Leopoldo: Sinodal, 2007. p. 11.

3.1 Aconselhamento pastoral: uma forma de cuidado

Quando se fala em aconselhamento pastoral é preciso ter em mente que nem sempre as pessoas que estão passando por uma situação difícil procurarão ajuda. Pelo contrário, em determinadas situações elas preferem esconder a situação pela qual estão passando por motivos de vergonha ou por medo sofrerem preconceito ou discriminação por parte da comunidade.¹⁵⁵

O aconselhamento pastoral é uma maneira de cuidado para com as pessoas que estão vivendo uma situação de crise, conflito e sofrimento. Todas as pessoas necessitam de cuidado. “Cuidado implica ter compaixão com e confortar pessoas aflitas bem como providenciar assistência física. Pode envolver também a ação de consolar, de reconciliar e curar”.¹⁵⁶ No caso de pessoas vivendo com HIV/AIDS, o cuidado também está relacionado com a busca por justiça social e luta contra preconceito que cerca as pessoas que vivem e convivem com o HIV/AIDS.

O aconselhamento pode ser realizado por qualquer pessoa. “Ele torna-se ‘pastoral’ quando é prestado na perspectiva da fé em Cristo e confiando na orientação pelo Espírito Santo, o Consolador prometido”.¹⁵⁷ O aconselhamento pastoral além de consolo para aqueles/as que sofrem também pode ser uma rica fonte de informação para as comunidades cristãs, através de pessoas preparadas para essa função. O cuidado pastoral é uma dimensão mais ampla do que o aconselhamento. O aconselhamento pastoral acontece em um tempo determinado da vida, enquanto que o cuidado pastoral é para toda a vida.

Na nossa vida, em muitos momentos nos sentimos incapazes de conseguir resolver nossos problemas sozinhos. Podem ser problemas pessoais, de relacionamento, doença, morte e crises de fé. Muitas vezes, não conseguimos ter clareza da situação e precisamos buscar ajuda. Podemos buscar ajuda junto a alguém da família, a amigos ou junto a pessoas especializadas em lidar com esse tipo de situações, como pastores/as ou psicólogos/as. Maldonado denomina a

¹⁵⁵ PADILHA; ALMEIDA, 2000, p. 32.

¹⁵⁶ FEDERAÇÃO Luterana Mundial. *Graça, cuidado e justiça*: um manual para o trabalho com HIV e AIDS. Porto Alegre: FLM/IECLB, 2010. p. 2

¹⁵⁷ FEDERAÇÃO, 2010, p. 28.

pessoa que busca o aconselhamento como *aconselhando* e a pessoa que monitora o aconselhamento como *conselheiro*.¹⁵⁸

O cuidado pastoral vem se tornando uma realidade e necessidade cada vez mais pertinente em nossa sociedade. O ser humano não consegue viver sozinho, ele precisa do convívio com outras pessoas. “Em toda parte, os seres humanos se defrontam com circunstâncias adversas, mudanças súbitas, perdas significativas e ameaças alarmantes que põem à prova a nossa saúde, o nosso equilíbrio emocional e as nossas relações”.¹⁵⁹ Circunstâncias que desencadeiam crises podem acontecer a qualquer momento em nossa vida. Cada pessoa tem maneiras diferentes de lidar com as situações adversas. Algumas conseguem sair rapidamente delas, enquanto outras precisam de ajuda para superar esse momento.

3.1.1 Como entendemos o aconselhamento pastoral

O Manual de aconselhamento em DST/AIDS define o aconselhamento

como um processo de escuta ativa, individualizado e centrado no cliente. Pressupõe a capacidade de estabelecer uma relação de confiança entre os interlocutores, visando ao resgate dos recursos internos do cliente para que ele mesmo tenha possibilidade de reconhecer-se como sujeito de sua própria saúde e transformação.¹⁶⁰

Segundo essa definição, o aconselhamento acontece através de uma relação de confiança entre duas pessoas. No caso do aconselhamento para o diagnóstico de HIV/AIDS, ele serve como apoio emocional, com o objetivo de estar com a pessoa no momento inicial de receber o diagnóstico. Serve como apoio educativo, pois traz as informações necessárias sobre prevenção, transmissão e tratamento necessários. Além disso, auxilia na avaliação dos riscos que determinadas atitudes podem trazer para a saúde e a necessidade da prevenção.¹⁶¹

¹⁵⁸ MALDONADO, Jorge E. *Manual de aconselhamento pastoral para HIV-AIDS/SIDA*. Curitiba: Conselho Mundial de Igrejas, 1993. p. 13.

¹⁵⁹ MALDONADO, Jorge. Intervenção em Situação de crises. In: SANTOS, Hugo. (Org.). *Dimensões do cuidado e aconselhamento pastoral*. São Paulo: ASTE; São Leopoldo; Cetela, 2008. p. 155.

¹⁶⁰ FILGUEIRAS, Sandra Lúcia; FERNANDES, Nilo Martinez; GONÇALVES, José Eduardo M. *Aconselhamento em DST e HIV/AIDS: diretrizes e procedimentos básicos*. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/sites/default/files/074_01aconselhamento.pdf>. Acesso em: 11 maio 2012. p. 8.

¹⁶¹ FILGUEIRAS; FERNANDES; GONÇALVES, 2012, p. 8.

Essa definição de aconselhamento vai ao encontro da visão cristã de aconselhamento. Clinebell diz que “um dos objetivos do aconselhamento pastoral é capacitar as pessoas a reagir às suas crises encarando-as como oportunidades de crescimento”.¹⁶² Esse modelo de aconselhamento tem como objetivo preparar o indivíduo para que ele seja sujeito de sua vida. Ele ajuda as pessoas a lidar com seus momentos de crise, assumir responsabilidades e tomar decisões. O aconselhamento acontece em um período determinado de tempo.¹⁶³

Clinebell defende um modelo holístico de aconselhamento pastoral, no qual ele vê o ser humano na sua integralidade. “O método holístico de aconselhamento pastoral vê a nós seres humanos, como possuidores de uma riqueza de forças, potencialidades e recursos não descobertos e não desenvolvidos”.¹⁶⁴ Assim sendo, o aconselhamento como forma de cuidado precisa ajudar as pessoas a encontrar dentro de si forças para superar seus momentos de crise. O aconselhamento pastoral, segundo Clinebell, ajuda as pessoas a estabelecer um novo relacionamento com elas mesmas, com o próximo e com Deus.

Segundo esse modelo de cuidado pastoral, em que o crescimento espiritual é um dos objetivos, é possível que sejam utilizados subsídios como a Bíblia, orações, músicas, e demais recursos religiosos.¹⁶⁵ Com o cuidado pastoral, permanece a esperança da relação entre Deus e os seres humanos, do que sofre conosco e que nos ama.¹⁶⁶

O aconselhamento pastoral, sendo uma forma de cuidado pode ser entendido como um caminhar com a pessoa que está em dificuldade. O aconselhamento atua como apoio para a pessoa, para que ela aprenda a lidar com mais facilidade com as dificuldades que aparecem na sua vida. É uma forma de crescimento.¹⁶⁷ Em outras palavras, podemos dizer que o aconselhamento auxilia no empoderamento¹⁶⁸ das pessoas. Empoderar significa que as pessoas adquirem o

¹⁶² CLINEBELL, Howard J. *Aconselhamento pastoral: modelo centrado em libertação e crescimento*. 4. ed. São Leopoldo: EST, Sinodal, 2007. p. 33.

¹⁶³ STRECK, 1998, p. 119.

¹⁶⁴ CLINEBELL, 2007, p. 28.

¹⁶⁵ CLINEBELL, 2007, p.117)

¹⁶⁶ ZIEMER, Jürgen. *Seelsorgelehre: Eine Einführung für Studium und Praxis*. 3. Auflage. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht, 2008. p. 111.

¹⁶⁷ KURIAN, 2012, p. 26.

¹⁶⁸ “Empowerment” ou “empoderamento” são termos criados nos últimos anos e que remetem à ideia de potencializar, capacitar e apoderar. Não significa simplesmente dar poder a alguém, mas, muito mais, indica uma ação em que o sujeito se converte em um agente ativo como resultado de um

controle sobre as suas vidas, tenham habilidade de fazer coisas e de definir suas próprias agendas.¹⁶⁹

Para Schneider-Harpprecht, o aconselhamento pastoral tem como objetivo:

Descobrir com as pessoas em diferentes situações da sua vida e especialmente em conflitos e crises o significado concreto da liberdade cristã dos pecadores cujo direito de viver e cuja auto-aceitação vem da graça de Deus. O seu objetivo é também ajudá-las para que possam viver a relação com Deus, consigo mesmas e com o próximo de uma maneira consciente e adulta.¹⁷⁰

Segundo essa definição, entendemos que o aconselhamento pastoral é função de toda comunidade e acontece onde a comunidade se encontra. Ele quer restabelecer a relação entre as pessoas com Deus.

O cuidado pastoral pode ser visto como uma maneira de caminhar com as pessoas. Ele não precisa ser algo individual, e também pode acontecer com casais, com a família e com pequenos grupos que estão vivendo uma situação de crise. “O aconselhamento pastoral é um ofício e uma forma especial do ministério do cuidado pastoral na Igreja”,¹⁷¹ que pode ser estendido para fora dela.

O aconselhamento pastoral não visa dar respostas prontas às pessoas, mas sim fazer com que a pessoa que busca ajuda reflita sobre a situação em que se encontra e busque alternativas para sair dessa situação. O aconselhamento pastoral visa o crescimento de cada indivíduo. “O nosso trabalho de amor é tentar ajudar-lhes a descobrir por eles mesmos onde eles estão estagnados”.¹⁷²

O cuidado pastoral acontece na vida diária das nossas comunidades e em diferentes situações. Ele não acontece somente dentro do escritório da/o ministra/o e com hora marcada. Esta forma de aconselhamento é mais formal. O aconselhamento informal acontece lá onde a pessoa se encontra, seja em uma visita pastoral, seja em uma conversa na porta de casa, em uma conversa com uma amiga. Por essa razão, o aconselhamento é e deve tarefa de toda comunidade.

acionamento. STRECK, Valburga. Família e escola: em busca de condições de empoderamento. *Ciências Sociais Unisinos*, São Leopoldo, v. 37, n. 158, 2001. p. 193.

¹⁶⁹ STRECK, 2001, p. 195.

¹⁷⁰ SCHNEIDER-HARPPRECHT, Christoph et al. *Teologia prática no contexto da América Latina*. São Leopoldo: Sinodal; São Paulo: ASTE, 1998. p. 292.

¹⁷¹ SCHIPANI, Daniel S. *O caminho da sabedoria no aconselhamento pastoral*. São Leopoldo: Sinodal, 2004. p. 97.

¹⁷² KURIAN, 2012, p. 73.

Parte-se do princípio de que todas as pessoas podem praticar o ministério do ouvir. Não é preciso ser um profissional para poder acompanhar alguém em um momento de crise. Em muitos casos, os relacionamentos familiares são capazes de promover a cura. O aconselhamento acontece onde um relacionamento que promove a cura se estabelece.¹⁷³

O aconselhamento pastoral parece ser simples; entretanto, exige habilidade de quem realiza. “O aconselhamento pastoral é basicamente uma conversa que permite aqueles que sofrem aliviar sua alma através de expressões de sua dor, culpa, desespero, esperança, etc., na presença de um conselheiro pastoral”.¹⁷⁴ Quem realiza o aconselhamento tem o papel de guiar a conversa, reforçar algumas questões que parecem pertinentes e clarear dúvidas. É papel do/a aconselhador/a confrontar a pessoa com o problema e auxiliá-la a encontrar formas de superar a crise.

Muitas coisas são ditas durante o aconselhamento, mas também há muitas que precisam da habilidade de quem escuta, pois são pequenos detalhes que ficam nas entrelinhas, pequenas coisas que não são ditas ou até mesmo a forma como as pessoas reagem ou se comportam ao tocar em determinados assuntos. O/A aconselhador/a precisa ouvir atentamente ao que está sendo dito, demonstrar interesse pela conversa. Se a pessoa que procura ajuda perceber desinteresse, ou falta de atenção na história que ela está contando, dificilmente conseguirá contar aquilo que lhe aflige. É essencial um ouvido atento e empático. “A pastora tenta ouvir sentimentos (bem como palavras), incluindo sentimentos que estão nas entre linhas, que são dolorosos demais para expressos com palavras”.¹⁷⁵

Não escutamos apenas com nossas mentes, nossa imaginação e nossos corações, mas com toda a nossa pessoa. Escutamos as palavras propriamente ditas pelo paciente, mas também as expressões não verbais, como o tom de voz, as expressões faciais, os gestos e a linguagem corporal. As palavras expressam pensamentos, sentimentos e significados. Essas palavras, no entanto, podem ser faladas num tom mais baixo do que normal, ou de forma mais lenta. Isso poderia indicar que o paciente está um pouco deprimido, ou sentindo-se triste e solitário. Uma pessoa angustiada normalmente fala num tom de voz mais alto e de forma mais rápida. Observar a expressão facial não apenas indica ao visitador como o paciente

¹⁷³ CLINEBELL, 2007, p. 71.

¹⁷⁴ MALDONADO, 1993, p. 27.

¹⁷⁵ CLINEBELL, 2007, p. 72.

está se sentindo, mas pode também ser um indicador para o paciente a respeito da reação do visitador.¹⁷⁶

O aconselhamento como forma de cuidado promove crescimento e cura. Muitas vezes o que precisamos é apenas um ouvido atento que nos ouça verdadeiramente e que não julgue nossas ações. O aconselhamento pastoral pode ser também denominado de ministério do ouvir. “A epidemia do VHI ou HIV é um desafio para as comunidades de fé de base para serem servos do amor e da tolerância daqueles afetados com o vírus”.¹⁷⁷ Por estarmos disponíveis neste ministério de ouvir, nós mostramos um sentimento de compaixão muito profundo e cheio de respeito. Ouvimos por amor e somos chamados a caminhar junto com pessoas em dificuldade.¹⁷⁸ Se ouvir é realmente um dom e uma forma de mostrar hospitalidade, então é sem dúvida uma forma de cura.¹⁷⁹

A cura acontece quando as pessoas conseguem sair da sua situação de crise e encontram um novo sentido para suas vidas. “Cura significa antes de tudo, a criação de um espaço vazio onde aqueles que sofrem podem dizer suas histórias a alguém que pode ouvi-los com uma atenção real”.¹⁸⁰ Quando uma pessoa é ouvida atentamente e sente confiança em quem a escuta, ela inicia um processo de cura. Deixar a pessoa falar ajuda-a a ordenar seus pensamentos, faz com que ela se sinta melhor e mais aliviada.

Podemos dizer que “ouvir e escutar são duas coisas diferentes. Quando ouvimos estamos simplesmente a ouvir o som, quando escutamos, tentamos dar sentido ao que nós ouvimos”.¹⁸¹ É isto que acontece no aconselhamento. A aconselhadora deve demonstrar que está atenta ao que está sendo dito. Ela pode fazer algumas perguntas abertas ou observações com o objetivo de reforçar o que está sendo dito e que possibilitem à aconselhada expressar de forma livre seus sentimentos. A aconselhadora precisa estar atenta à linguagem não verbal, prestar atenção nos sinais e gestos feitos pela paciente. Por isso, o aconselhamento

¹⁷⁶ WARD, Erdwina. Escutar com o coração: o significado da presença no aconselhamento pastoral. *Estudos Teológicos*, São Leopoldo, v. 51, n. 2, p. 334-344, jul./dez. 2011.

¹⁷⁷ KURIAN, 2012, p. 25.

¹⁷⁸ KURIAN, 2012, p. 39.

¹⁷⁹ KURIAN, 2012, p. 40.

¹⁸⁰ KURIAN, 2012, p. 37.

¹⁸¹ KURIAN, 2012, p. 47-48.

pastoral exige que escutemos o que não está sendo falado. O silêncio também é uma forma de expressar sentimentos e precisa ser considerado.¹⁸²

3.1.2 *Fundamentação bíblica e teológica do cuidado pastoral*

Desde o início da comunidade cristã, formas terapêuticas de atuação estiveram presentes na vida das comunidades. Isto se deve ao fato de que o próprio Jesus Cristo exerceu um modelo terapêutico de ministério, conforme aponta o autor Lothar Hoch.¹⁸³ Através dos relatos bíblicos, sabemos que, em seu ministério, Jesus realizou diversas curas (Mt 8.16; 12.15; Lc 6.18; 7.21) tanto no sentido físico quanto no espiritual. Em muitos momentos foi a fé em Jesus que fez com que muitas pessoas fossem curadas (Lc 8.47; At 14.9)

Jesus deixou a ordem que os seguidores continuassem a realizar as boas obras que ele havia feito em seu ministério. No Evangelho de Marcos (16.14s), encontramos a ordem dada por Jesus aos seus discípulos para a evangelização. Nela, Jesus Cristo também deixa claro que eles têm poder de curar enfermos através da imposição de mãos.

O apóstolo Paulo nas cartas que escrevia para as primeiras comunidades cristãs ensinava-lhes como proceder em determinadas situações, dava-lhes conselhos e instruções. Isso mostra que o apoio espiritual aos membros da comunidade era uma das funções da comunidade cristã (1Ts 4.13-5.11).¹⁸⁴

Na primeira carta aos Coríntios (12) o apóstolo Paulo compara a comunidade com o corpo de Cristo: os membros desse corpo são a comunidade cristã e assim igualmente Cristo. A ideia da comunidade como corpo de Cristo pode ser relacionada ao aconselhamento que deveria acontecer em nossas comunidades. Essa ideia lembra que todos os membros relacionam-se entre si buscando a comunhão do corpo não esquecendo que tudo está voltado para Cristo. Neste corpo, se um membro sofre, todos os membros sofrem juntos e todo o corpo se inclina na

¹⁸² KURIAN, 2012, p. 54.

¹⁸³ HOCH, Lothar Carlos. Comunidade Terapêutica: em busca duma fundamentação eclesiológica do Aconselhamento pastoral. In: SCHNEIDER-HARPPRECHT, Christoph (Org.). *Fundamentos teológicos do Aconselhamento Pastoral*. São Leopoldo: Sinodal, 1998. p. 21.

¹⁸⁴ HOCH, Lothar Carlos; HEIMANN, Thomas (Org.). *Aconselhamento espiritual e espiritualidade*. São Leopoldo/EST: Sinodal, 2008. p. 88.

direção do membro que sofre.¹⁸⁵ Assim, também nas nossas comunidades, quando um membro sofre, todos deveriam inclinar-se em sua direção com o objetivo de auxiliá-lo.

A tarefa do cuidado pastoral é de toda comunidade, para o apóstolo Paulo “dada a mensagem de conforto, cabia a comunidade acalmada a partir das palavras do Senhor (1Ts 4.15-17) passá-las ‘uns aos outros’, reconfortando-se mutuamente”.¹⁸⁶ O cuidado pastoral não é apenas tarefa do/a ministra/o ordenada/o. Embora o nome “pastoral” lembre isso. No entanto, cabe às ministras ordenadas/as auxiliar na formação de pessoas capacitando-as para desempenhar seu papel de cuidadores/as, formando grupos de visitantes/as, que estejam preparados/as para lidar com as mais diferentes situações.¹⁸⁷ Agindo assim, a comunidade estará desempenhando a ordem dada por Jesus aos seus discípulos de levar a cura até as pessoas em todos os lugares. “A fé, o consolo e a cura se medeiam pelo relacionamento. Aconselhamento pastoral outra coisa não é senão traduzir a boa nova do Evangelho para a ‘linguagem de relacionamentos’”.¹⁸⁸

O Novo Testamento traz a mensagem de uma vida em Cristo. A dimensão da cura e do cuidado com as pessoas excluídas da sociedade se faz presente em diversos textos. Através do cuidado pastoral, busca-se mostrar o amor de Deus pelas pessoas. O Novo Testamento olha “para a doença sob o ponto de vista do Reino de Deus e da salvação em Jesus Cristo”.¹⁸⁹

A Escritura Sagrada traz os relatos da vida do povo de Deus. Ela nos conta como Deus acompanhou seu povo durante sua trajetória, desde a criação até o surgimento das primeiras comunidades cristãs. Estes textos sagrados são atuais ainda hoje, pois ajudam o povo a contar a sua história. Não encontramos nenhuma resposta fácil na pessoa de Jesus, mas vemos que Jesus foi crucificado e discriminado injustamente. Se nós examinarmos a vida de Jesus, vemos alguém que sofreu física e emocionalmente. Em Jesus, podemos encontrar cura e força também.¹⁹⁰

¹⁸⁵ HOCH, 1998, p. 29.

¹⁸⁶ HOCH; HEIMANN, 2008, p. 98.

¹⁸⁷ HOCH, 1998, p. 30.

¹⁸⁸ HOCH, 1998, p. 26.

¹⁸⁹ SCHNEIDER- HARPPRECHT, 1994, p. 46.

¹⁹⁰ KURIAN, 2012, p. 15.

Torna-se necessário fazer uma leitura dos textos bíblicos que seja livre de preconceitos, uma leitura que vá ao encontro do sofrimento e das angústias de quem vive ou convive com o HIV/AIDS. É preciso fazer uso de uma nova hermenêutica na leitura e interpretação dos textos bíblicos capaz de acolher as pessoas que sofrem, aproximando os textos bíblicos da realidade das pessoas. Se Deus se deu a conhecer nas Escrituras, uma leitura atual pode ajudar a diminuir o impacto do HIV/AIDS. É com esse sentido que buscamos construir a Oficina Contextualizando, sobre a qual tratamos no capítulo anterior: fazer da Bíblia um instrumento capaz de ajudar as pessoas que vivem com HIV/AIDS a mudar sua realidade e encontrar nos personagens bíblicos inspiração na luta por igualdade e justiça.

Os textos bíblicos dizem que não precisamos carregar nossas cargas sozinhas, mas podemos partilhar com Deus e com a nossa próxima/o. Um texto que retrata essa realidade pode ser encontrado em Gálatas: “levai as cargas uns dos outros e, assim, cumprireis a lei de Cristo” (Gl 6.2). Para a comunidade cristã “esta é uma das maneiras mais práticas que grupos cristãos podem contribuir na compaixão dos que sofrem com VIH”.¹⁹¹ Carregar as cargas é uma demonstração de amor para com o próximo, é colocar em prática os ensinamentos de Jesus. É partilhar alegrias, descobertas, tristezas, angústias. É buscar novas formas de vida, de entender essa nova situação e encontrar Deus em meio ao HIV/AIDS e a todas as dificuldades que aparecem com a doença e o tratamento, e que trazem sofrimento à pessoa propriamente dita e seus familiares. Quem está infectado com o vírus tem “medo de contrair qualquer doença, de contaminar os outros, de perder o trabalho e o lar. Maior do que o medo da morte é o temor de sofrer muito”.¹⁹²

A temática do HIV/AIDS precisa ser trazida para a discussão nos mais diferentes âmbitos da sociedade e também da igreja. Faz-se necessário criar espaços onde as pessoas que vivem com HIV/AIDS ou convivem com essa realidade, possam se sentir acolhidas. A Casa Fonte Colombo é um desses espaços. São necessários espaços como esses nas comunidades cristãs onde as pessoas não sofram preconceitos ou discriminação, mas, pelo contrário, encontrem apoio e possam celebrar a vida em meio ao sofrimento.

¹⁹¹ KURIAN, 2012, p. 25.

¹⁹² SCHNEIDER-HARPPRECHT, 1994, p. 81.

Desde os tempos antigos, as doenças graves são relacionadas ao mal ou castigo relacionadas à culpa das suas vítimas. No Antigo Testamento, a doença é entendida como uma “culpa concreta provocada pela transgressão da lei de Deus. Ela é o efeito da ordem estabelecida de Deus, que está vigente em toda criação (Sl 19)”.¹⁹³ O HIV/AIDS veio para substituir doenças como a lepra na Idade Média e a tuberculose no século XIX. Essas doenças são marcadas por simbolismos negativos que associam a doença e cura ao bem e o mal praticado.¹⁹⁴ Nos tempos bíblicos, encontramos relatos sobre a lepra e como as pessoas que viviam com a doença eram excluídas da sociedade e não tinham direito às necessidades básicas de sobrevivência. “As pessoas com lepra eram reunidas e obrigadas a morar longe das cidades, para que a doença não se espalhasse pela população”.¹⁹⁵ As pessoas com lepra não deviam ser tocadas. A lepra era uma doença grave e para qual a cura era desconhecida. Atualmente o HIV/AIDS ocupou o lugar da lepra antigamente, “normalmente, as epidemias é que são consideradas pestes. E essas ocorrências de doença coletiva são encaradas como castigos impostos. A ideia da doença como um castigo é a mais antiga explicação da causa das doenças”.¹⁹⁶

Embora muito se tenha avançado no campo das ciências ao combate a diversas doenças, “o advento da AIDS deixou claro que doenças infecciosas estão longe de ter sido derrotadas, e que seu repertório não se esgotou”.¹⁹⁷ A AIDS, assim como a lepra, não tem cura. As pessoas que vivem com HIV/AIDS são pessoas discriminadas e forçadas a viver à margem da sociedade. Nós somos chamados a agir como Jesus agiu com os leprosos, como nos relata o Evangelho de Marcos (1.40-45). Jesus tocou e curou um leproso. “Assim também somos convidados a agir. Tocar, abraçar, considerar e respeitar, muito contribui para que haja cura, para que as pessoas com HIV/AIDS se sintam cada vez mais parte desta sociedade”.¹⁹⁸

A relação entre Deus e os seres humanos parece ter sido esquecida quando se pensa no sofrimento das pessoas que vivem com HIV/AIDS. No entanto, Deus se

¹⁹³ SCHNEIDER-HARPPRECHT, 1994, p. 44-45.

¹⁹⁴ SAMPAIO, Tânia Mara Vieira. AIDS e religião: aproximações ao tema. *Impulso: Revista de Ciências Sociais e Humanas*, Piracicaba, v. 13, n. 32, 2002. p. 24.

¹⁹⁵ HENN, Fernando. *Quebrar o silêncio restaurar dignidade*. Disponível em: <http://www.luteranos.com.br/mensagem/2004_072.html>. Acesso em: 20 abr. 2010.

¹⁹⁶ SONTAG, 2007, p. 112.

¹⁹⁷ SONTAG, 2007, p. 133.

¹⁹⁸ HENN, 2004.

relaciona conosco da mesma maneira, em Jesus temos a resposta desta pergunta, uma vez que Jesus também se sentiu abandonado por Deus no momento de sua crucificação.

O estigma se fazia presente na vida dessas pessoas. A doença era vista com o um castigo de Deus.¹⁹⁹ “Cada doença no AT era sinal da morte. Quem estava doente já pertencia ao mundo dos mortos. A única saída dos doentes era voltar se a Deus, confessar os seus pecados, rezar para que ele tirasse o doente do poder da morte”.²⁰⁰ Pode-se dizer que essa forma de relacionar doença e pecado continua no imaginário social ainda hoje.

No caso do HIV/AIDS, essa associação da doença com castigo divino foi reforçada. No entanto, a doença é relacionada ao que se considera como comportamentos imorais da pessoa. A doença é vista como algo merecido pela pessoa. Além de sofrer com os medos que a doença traz, por ser uma doença sem cura e que pode ser transmitida para outras pessoas, o indivíduo também sofre com o sentimento de culpa de ter se exposto à doença, além de se sentir abandonado por todos e também por Deus. Hoje, somos chamados a desfazer essa imagem da doença como pecado e castigo por mau comportamento.²⁰¹

A Bíblia traz diversos relatos de pessoas doentes ou com alguma deficiência, tais como cegos, surdos, paralíticos, leprosos, entre tantas outras doenças que aparecem nos textos bíblicos (Mt 8.1-4; 5-13). Nos relatos bíblicos, essas doenças são curadas por Jesus. Muito mais do que a cura física, as pessoas doentes esperavam uma cura espiritual que era proporcionada por Jesus, uma vez que ele não curava simplesmente, ele também incitava uma mudança de vida dessas pessoas para as quais anunciava a vinda do Reino de Deus inclusive com a prática de solidariedade em benefício dos que necessitam.

Pensar o HIV/AIDS a partir da teologia não é uma tarefa fácil. Em torno do HIV/AIDS ainda existem muitas dúvidas. Assim como a cura, a origem da doença ainda é desconhecida. Certo é que muitos avanços foram feitos. Medicamentos que diminuem a ação do vírus no organismo foram descobertos e no Brasil são

¹⁹⁹ SAMPAIO, 2002, p. 24.

²⁰⁰ SCHNEIDER-HARPPRECHT, 1994, p. 45.

²⁰¹ CLIFFORD, P. *La teologia cristiana y la epidemia VIH/SIDA*. Buenos Aires: Epifania, 2005. p. 3.

distribuídos de forma gratuita. Assim, quem vive com HIV/AIDS tem uma melhor qualidade de vida.

Na prática de Jesus, relatada nos evangelhos, os marginalizados e excluídos pelo restante da sociedade eram acolhidos por ele. Jesus lutava por igualdade e justiça social. Por isso, “o uso da religião para condenar e estigmatizar perverte absolutamente a revelação do Deus cristão manifestado na prática de Cristo. Ele não veio para condenar, mas para salvar os que estavam perdidos”.²⁰² Cabe a nós seguir os exemplos de Jesus e praticar ações que venham a diminuir o estigma e preconceito existente em torno do HIV/AIDS. A própria vida de Jesus e seu ministério são cheios de exemplos e desejo de trazer conforto para os/as angustiados. Em seu ministério, ele realizou diferentes curas, andou com os pobres e defendeu igualdade social.²⁰³

Todos os seres humanos são criados à imagem de Deus, devem ser respeitados e ter seus direitos assegurados. Esta convicção permanece acima de diferenças de classe, idade, gênero, raça, orientação sexual e condição sorológica. O acesso à igualdade de direitos é garantido pela constituição brasileira.²⁰⁴

As pessoas que vivem com HIV/AIDS não têm mais ou menos direitos do que outras pessoas. Todos/as somos iguais perante a lei e perante Deus. A diferença entre nós está na forma como cada ser enfrenta as dificuldades. Os mais frágeis necessitam de mais cuidado. “Se acreditamos que cada um é pecador e ‘justificado pela fé, independentemente das obras da lei’ (Rm 3.28), não há motivo para distanciar-se dessas pessoas, deixar de ser solidário ou de sentir-se moralmente superior”.²⁰⁵ O fato de Deus nos aceitar como somos não nos liberta de nossas responsabilidades e respeitar a nossa vida como também a da próxima.²⁰⁶

A ideia da criação e aliança é importante e central para a teologia do HIV/AIDS uma vez que mostra que a relação entre Deus e os seres humanos

²⁰² JUNGES, José Roque. A questão ética da Síndrome de Imunodeficiência Adquirida: do preconceito à solidariedade. In: JUNGES, José Roque. *Bioética: perspectivas e desafios*. São Leopoldo: UNISINOS, 1999. p. 190.

²⁰³ KURIAN, 2012, p. 16.

²⁰⁴ BRASIL. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. *Constituição da República Federativa do Brasil de 1988*. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constitui%C3%A7ao.htm>. Acesso em: 22 maio 2012.

²⁰⁵ SCHNEIDER-HARPPRECHT, 1994, p. 82.

²⁰⁶ CLIFFORD, 2005, p. 16.

sempre existiu, não é algo que começa em determinado tempo. As Escrituras Sagradas nos relatam esta história de como Deus se relacionou com o povo ao longo do tempo.²⁰⁷ Deus está ao lado do povo oprimido e marginalizado. Esta também é a situação de quem vive com HIV/AIDS nos dias atuais. A epidemia do HIV/AIDS representa um desafio para a sociedade como um todo. As pessoas que convivem com o vírus e a doença podem ser comparadas aos pobres e oprimidos de quem o evangelho nos fala.²⁰⁸

As pessoas que vivem com HIV/AIDS buscam sentir-se acolhidas e ouvidas. O aconselhamento pastoral como uma forma de cuidado deve ser um espaço que permite “àqueles que sofrem aliviar sua alma através de expressões de sua dor, culpa, desespero, esperança, etc”.²⁰⁹ Diversos são os motivos que causam sofrimento para aqueles que vivem e convivem com o HIV/AIDS. São inúmeros os sentimentos de perda, seja no trabalho, na família, nos amigos, assim como também a perda dos sonhos para o futuro. “A fé cristã fala-nos de um Deus que não lida apenas com agonia e dor física, mas também a ferida profunda da rejeição e abandono daqueles que ele ama e tenta ajudar”.²¹⁰

Estigma e preconceito existem desde os tempos bíblicos, percebe-se isso através dos escritos. Pior do que a marginalização social era o julgamento moral, aliado à visão da doença como castigo por pecado cometido. “A pessoa doente não era só afastada da família e dos amigos; era também considerada como separada de Deus que a rejeitou e entregou à morte”.²¹¹

3.1.3 Aconselhamento em momentos de crise

Nem sempre as pessoas em crise saem em busca de ajuda. É preciso, em alguns casos, que a aconselhador/a vá ao encontro dela e ajude a diminuir sua ansiedade diante do problema.²¹² Muitas pessoas acham que marcar um horário

²⁰⁷ CLIFFORD, 2005, p. 6.

²⁰⁸ SCHNEIDER-HARPPRECHT, 1994, p. 83.

²⁰⁹ MALDONADO, 1993, p. 27.

²¹⁰ KURIAN, 2012, p. 18.

²¹¹ BARROS, Marcelo. Somos todos doentes em processo de cura: a AIDS e o caminho ecumênico das Igrejas. In: CONFERÊNCIA NACIONAL DOS BISPOS DO BRASIL. Pastoral DST/AIDS. *Viu e teve compaixão... Igreja e AIDS*. Fortaleza: CNBB, 2002. p. 53.

²¹² COLLINS, 1984, p. 42.

para conversar sobre o problema representa fracasso.²¹³ Por isso, acabam não procurando a ajuda necessária.

Diversas situações podem gerar crise, seja por causa de uma doença, problemas no relacionamento, na família, divórcio, morte, perda do emprego, entre outros. A crise é caracterizada por um “estado temporário de transtorno e desorganização, caracterizado principalmente pela incapacidade para resolver problemas usando os métodos e as estratégias costumeiras”.²¹⁴ As intervenções nas crises são rápidas, não devem durar muitas sessões. Se elas não se resolverem devem ser encaminhadas para outras esferas. As crises não representam doença. São fases temporárias que acometem a vida dos indivíduos. As crises não duram muito tempo, no máximo 6 a 8 semanas, depois disso elas se resolvem ou para o bem ou para o mal.²¹⁵

Uma pessoa em crise passa por diferentes fases.

Trajetória da pessoa em crise: choque (comoção ou perturbação); negação e perda de memória, seguidas de desorganização pessoal, ideias autodestrutivas e somatizações de índole variada. Somente depois de passar do estado de comoção é que se inicia o processo de recuperação.²¹⁶

As crises são uma reação normal diante de situações que geram dificuldade. Entretanto, elas podem servir como oportunidade de crescimento. “As crises representam um perigo quando não se processa a dor, quando as pessoas perdem a confiança em si mesmas, quando se isolam e ficam paralisadas frente à vida”.²¹⁷ Gary Collins diz que quando uma crise ameaça as pessoas envolvidas, ela representa um perigo.²¹⁸ No entanto, quando a crise é superada, seja sozinha ou com a ajuda de alguém, ela representa uma oportunidade de crescimento, pois aprendeu a lidar com a crise e aprendeu a prever crises futuras.²¹⁹

O descobrimento de uma doença, a morte de alguém próximo, uma separação, são momentos em que o indivíduo ou a família precisa se adaptar às

²¹³ CLINEBELL, 2007, p. 186.

²¹⁴ MALDONADO, 2008, p. 157.

²¹⁵ MALDONADO, 2008, p. 160.

²¹⁶ MALDONADO, 2008, p. 160.

²¹⁷ MALDONADO, 2008, p. 158.

²¹⁸ COLLINS, 1984, p. 40.

²¹⁹ HERTEL, Hildegart. Redes Sociais e qualidade de vida. In: NOÉ, Sidnei Vilmar; HOCH, Lothar Carlos; WONDRAČEK, Karin Hellen Kepler. *Simpósio de Aconselhamento e Psicologia Pastoral: comunidade terapêutica: cuidando do ser através de relações de ajuda*. São Leopoldo: Sinodal, 2003. p. 39.

mudanças. Nesse período, ela está vulnerável, pois está “tendo que lidar com sentimentos, mitos e segredos. Se esses fatores são bem trabalhados, o indivíduo e a família podem enfrentar as mudanças com sucesso”.²²⁰ Conforme Clinebell, “na maioria das crises e perdas, há ansiedade de separação, sentimentos de confusão de identidade e a necessidade de desenvolver novas formas de satisfazer nossas necessidades emocionais básicas”.²²¹

As crises podem ser desenvolvimentais ou acidentais, segundo Clinebell. As crises desenvolvimentais ocorrem naturalmente como processo de maturação dos indivíduos. Já as crises acidentais são resultado de acontecimentos inesperados. No entanto, muitas vezes, os indivíduos não conseguem encontrar maneiras de superar esse momento de ansiedade e crise.²²²

As doenças mexem com a estrutura do indivíduo e da família. Muitos sentimentos tomam conta da pessoa e as perdas geralmente são difíceis de serem trabalhadas. “Assim como outros pacientes moribundos, pessoas com AIDS enfrentam a tarefa amarga de aguentar muitas perdas: a perda do trabalho, das capacidades físicas, dos planos para o futuro, sonhos, amigos e parentes”.²²³ As pessoas que recebem o diagnóstico de alguma doença grave e também de HIV/AIDS passam por diferentes fases, que podem variar de um indivíduo para outro. As fases típicas são: choque, negação, negociação, raiva e depressão.²²⁴

No caso de pessoas vivendo com HIV/AIDS outra fase que pode gerar crise é o momento da revelação, ou seja, o momento e que o indivíduo decide se deve ou não contar para outras pessoas que vive com HIV/AIDS. Essas fases não ocorrem

²²⁰ STRECK, Valburga Schmiedt; ADAM, Júlio César. Ritos e práticas pastorais em tempos de mudança: uma reflexão a partir da liturgia e do Aconselhamento Pastoral. *Estudos Teológicos*, São Leopoldo, v. 51, n. 2, p. 319-333, jul./dez. 2011. p. 322.

²²¹ CLINEBELL, 2007, p. 180.

²²² CLINEBELL, 2007, p. 181-182.

²²³ SCHNEIDER-HARPPRECHT, 1994, p. 83.

²²⁴ SCHNEIDER-HARPPRECHT, 1994, p. 83. Kübler-Ross explica cada fase que o indivíduo passa. Segundo ela, o primeiro estágio é a negação. “A negação funciona como um pára-choque depois de notícias inesperadas e chocantes, deixando que o paciente se recupere com o tempo, mobilizando outras medidas menos radicais” (p. 50). Essa fase é temporária e vem a ser substituída por uma aceitação parcial. Após a negação vem a raiva, o indivíduo se questiona qual o motivo de tal situação estas acontecendo com ele (p. 61). Em seguida a pessoa tenta entrar num acordo com Deus para sair dessa situação, essa é a fase da barganha (p. 91). Quando nada dá certo, a pessoa começa a sentir com as perdas, perda da saúde, do trabalho, entre outras. Nesse momento a pessoa passa pela fase da depressão (p. 95). Por último, vem a fase da aceitação, “não se confunda aceitação com um estágio de felicidade. É quase uma fuga de sentimentos (p. 120)”. Nessa fase a pessoa não questiona mais os motivos pelos quais está sofrendo, ela começa a conviver com a doença. KÜBLER-ROSS, Elisabeth. *Sobre a morte e o morrer*. São Paulo: Martins Fontes, 1981.

sempre na mesma sequência e uma pessoa pode não passar por todas as fases. Normalmente também um grande sentimento de culpa as acompanha. Outros sentimentos comuns são revolta, tentativa de suicídio e carência emocional, acabando por desembocar em grande necessidade espiritual.²²⁵ Cabe a nós procurar meios de entrar no mundo das pessoas que vivem doentes ou são HIV positivo, entender suas dores e auxiliá-las a encontrar uma forma positiva de viver com a doença.

Além do lado emocional, também outras dimensões do ser precisam ser trabalhadas para que a pessoa possa voltar a ter relacionamentos estáveis e encontre estabilidade. É preciso ver o ser humano na sua integralidade. “Depois de uma crise as pessoas podem sair fortalecidas dela; sobreviver, mas bloquear da sua consciência os efeitos dolorosos; ficar arrasadas e paralisar seu desenvolvimento e sua vida”.²²⁶ O cuidado pastoral é uma intervenção que tem por objetivo atenuar os efeitos negativos de uma crise na vida de uma pessoa, buscando o crescimento desses indivíduos. “As crises, dão às pessoas a oportunidade de mudar, crescer e desenvolver meios melhores de superá-las”.²²⁷

É importante despir-se de preconceitos e pré-julgamentos. O cuidado pastoral deve ajudar a pessoa a encontrar nela mesma força para superar sua situação. O/A aconselhador/a deve saber reconhecer quando não está ao seu alcance auxiliar determinado caso e encaminhá-lo adiante. A aconselhador/a não está lá para dar conselhos, mas para ouvir e permitir que a pessoa expresse os seus sentimentos. Ela não deve buscar resolver os problemas da pessoa, mas ajudar para que a pessoa mesmo encontre soluções. A aconselhado/ra também precisa conhecer seus limites e reconhecer quando não está apta a resolver determinada situação e então, encaminhar a pessoa a profissionais qualificadas.²²⁸

3.2 Cuidado pastoral com pessoas vivendo com HIV/AIDS

Nos relatos das pessoas que acompanhamos na Casa Fonte Colombo, percebemos que cada pessoa reage de forma diferente às situações de crise que enfrenta. A AIDS é uma doença que afeta milhares de pessoas no mundo todo.

²²⁵ PADILHA; ALMEIDA, 2000, p. 7.

²²⁶ MALDONADO, 2008, p. 161.

²²⁷ COLLINS, 1984, p. 40.

²²⁸ MALDONADO, 2008, p. 176.

Receber um diagnóstico positivo para o HIV/AIDS pode gerar uma situação de crise. Schneider-Harpprecht diz que “ninguém pode sentir a dor do outro, nem entende o que preocupa um doente e quais são as suas necessidades. Por isso temos que procurar uma ponte para entrar no mundo em que as pessoas doentes vivem”.²²⁹ Como aconselhador/as, podemos tentar nos colocar no lugar dessas pessoas, imaginar quais são dúvidas, medos, sentimentos essa pessoa tem, mas não poderemos dizer com exatidão o que ela está sentindo.

É importante que as pessoas que atuam como conselheiros/as busquem informações a respeito do HIV/AIDS para poder clarear possíveis dúvidas, fazendo dessa relação de cuidado um momento educativo. Quem está infectada com o vírus tem “medo de contrair qualquer doença, de contaminar os outros, de perder o trabalho e o lar. Maior do que o medo da morte é o temor de sofrer muito”.²³⁰

O HIV/AIDS vem carregado de estigma e discriminação que afeta as pessoas. Esse estigma pode estar relacionado à forma como o HIV/AIDS foi apresentado e tratado no início da epidemia no Brasil, relacionando a determinados grupos, que já eram marginalizados: homossexuais, usuários de droga e profissionais do sexo. Os discursos religiosos que apresentavam as doenças graves como castigo de Deus reforçaram ainda mais a ideia de que a AIDS e a pessoa que vive com a doença é algo que deve ser evitado. “O sentido, a interpretação que se dá numa determinada sociedade à doença, depende da visão do mundo que a maioria das pessoas tem em comum”.²³¹

O cuidado pastoral com pessoas vivendo com HIV/AIDS exige muita sensibilidade de quem o pratica, pois é preciso controle para não emitir nenhum tipo de julgamento sobre a forma de vida da pessoa, ou pela maneira como ela se infectou com o vírus, bem como é preciso estar atenta aos discursos culpabilizadores. “Quem acompanha pessoas com AIDS e seus familiares entra numa luta pela vida, que exige dele um confronto aberto com a sexualidade e uma postura objetiva e sem respostas pré-moldadas”.²³²

²²⁹ SCHNEIDER-HARPPRECHT, Christoph. *Como acompanhar doentes*. São Leopoldo: Sinodal, 1994. p. 13.

²³⁰ SCHNEIDER-HARPPRECHT, 1994, p. 81.

²³¹ SCHNEIDER-HARPPRECHT, 1994, p. 38.

²³² SCHNEIDER-HARPPRECHT, 1994, p. 83

No momento em que uma pessoa recebe um diagnóstico de uma doença grave, como o HIV/AIDS, diferentes sentimentos tomam conta da pessoa. “O que uma pessoa nesta condição precisa é a segurança de ser aceitável perante Deus”.²³³ É comum a pessoa sentir-se abandonada por Deus, sentir raiva e até mesmo afastar-se Deus. Por isso, o cuidado pastoral visa restaurar essa relação com Deus e com as pessoas próximas. A função do cuidado pastoral é dar consolo e esperança a quem vive com HIV.²³⁴

O aconselhamento pastoral como uma dimensão do cuidado com pessoas afetadas por HIV/AIDS, assim como todo e qualquer aconselhamento, dá-se através da interação entre duas pessoas, a aconselhador/a e a aconselhado/a. “O conselheiro ouve, guia o diálogo, confronta as pessoas com a realidade, com a vida e com a morte, com o perdão e reconciliação, com a questão da qualidade de vida e com a esperança”.²³⁵ É papel da aconselhador/a encorajar a aconselhada a agir e modificar decisões e atitudes. É sempre bom lembrar a aconselhado/a de que ele/ela já passou e enfrentou outras crises e como conseguiu superá-las. A esperança de que no futuro as coisas serão melhores pode ser uma motivação para a aconselhada.²³⁶

Assim como em outras doenças graves ou pessoas em fase terminal, pessoas com HIV/AIDS enfrentam a tarefa amarga de sofrer muitas perdas: a perda do trabalho, das capacidades físicas, dos planos para o futuro, sonhos, amigos e parentes. Elas passam pela fase do choque, negação, negociação, raiva e depressão, sentem-se culpadas, ou culpam alguém por tê-las contaminada.²³⁷

As reações ao receber o diagnóstico positivo são as mais diversas. Muitas vezes as pessoas procuram se isolar de tudo e de todos, em outros momentos elas vão buscar fortalecer seu lado espiritual e adotam um novo estilo de vida. “A doença abre uma possibilidade de abrir-se de novo para o lado espiritual da vida, buscando na relação com Deus uma cura muito mais profunda do que a cura somente do corpo”.²³⁸ Tem-se percebido que “as pessoas que foram membros de alguma igreja tendem a procurar formas de retorno; enquanto as que não tiveram uma trajetória

²³³ MALDONADO, 1993, p. 17.

²³⁴ KURIAN, 2012, p. 73.

²³⁵ MALDONADO, 1993, p. 27.

²³⁶ COLLINS, 1984, p. 44.

²³⁷ SCHNEIDER-HARPPRECHT, 1994, p. 83.

²³⁸ SCHNEIDER-HARPPRECHT, 1994, p. 98.

religiosa buscam intensamente conforto em várias formas de religiosidade”.²³⁹ Isso mostra que em momentos de crise as pessoas tendem a buscar um convívio maior com Deus e com as pessoas da comunidade.

O ser humano tem uma necessidade de buscar respostas para o que acontece em sua vida. As pessoas buscam experimentar Deus em momentos difíceis de suas vidas, embora a relação entre Deus e os seres humanos pareça ter sido esquecida quando se pensa no sofrimento das pessoas que vivem com HIV/AIDS. No entanto, Deus se relaciona conosco da mesma maneira, e em Jesus temos a resposta desta pergunta, uma vez que Jesus também se sentiu abandonado por Deus no momento de sua crucificação (Mt 27.46). Para responder as perguntas existenciais e de fé, podemos fazer uso da Bíblia como instrumento facilitador. “O aconselhamento pode ser uma forma de comunicar o evangelho na medida em que ajudam essas pessoas a abrir-se para um relacionamento curativo”.²⁴⁰ Além da Bíblia, o cuidado pastoral pode fazer uso da psicologia para encontrar formas de ajudar as pessoas a superar suas situações de crise.²⁴¹

A Oficina Contextualizando, que realizamos na Casa Fonte Colombo, faz uso da Bíblia como instrumento de reflexão sobre a realidade das pessoas vivendo com HIV/AIDS. A oficina busca fortalecer o relacionamento dessas pessoas com Deus, uma vez que o diagnóstico positivo para o HIV/AIDS pode fazer com que as pessoas se revoltam contra Ele. Assim sendo, a oficina é uma forma de cuidado pastoral, pois promove crescimento e cura. Não uma cura física, mas espiritual. “Assim, a religiosidade é questionada e ao mesmo tempo enriquecida”.²⁴² O cuidado pastoral é um espaço de compartilhar dores e sofrimentos, mas ao mesmo tempo é um espaço de buscar informações sobre a doença, tratamento e a necessidade de seguir corretamente o tratamento e principalmente, é um lugar de encontro com Deus e de um novo sentido para sua vida a partir dos ensinamentos cristãos. “O aconselhamento pastoral é uma função reparadora, necessária quando o crescimento das pessoas é seriamente comprometido ou bloqueado por crises”.²⁴³

²³⁹ PADILHA; ALMEIDA, 2000, p. 7.

²⁴⁰ CLINEBELL, 2007, p. 62.

²⁴¹ CLINEBELL, 2007, p. 25.

²⁴² STRECK, 1998, p. 155.

²⁴³ CLINEBELL, 2007, p. 25.

Quando as pessoas sentem-se amadas e respeitadas elas sentem-se fortalecidas e capazes de ajudar outras pessoas. Sendo assim, “o cuidado que existe entre as pessoas só é possível porque elas sabem que Deus as lembra”.²⁴⁴ Sentir-se cuidado faz com que as pessoas também tenham vontade de cuidar dos outros.

O cuidado pastoral pode acontecer em grupos, ele não precisa ser algo individual. No grupo, as pessoas podem trocar experiências, saber que outras pessoas passaram pela mesma situação em que elas se encontram e como elas conseguiram superar. Além disso, elas podem verificar que outras pessoas enfrentam situações mais difíceis que as vivenciadas por elas. No grupo elas demonstram sensibilidade umas com as outras e fortalecem as relações de cuidado que promovem cura e crescimento.²⁴⁵ Algumas questões, entretanto, não podem ser tratadas em grupo, pois dizem respeito a uma situação muito pessoal. Quando a perceber que há necessidade de uma conversa individual deve fazê-lo.

O HIV/AIDS é um problema que envolve a sociedade como um todo. As pessoas que vivem com HIV/AIDS convivem com estigma e preconceito que giram em torno da doença. Por isso, é comum que esses indivíduos venham a se isolar ou sentem-se isoladas do convívio com outras pessoas. Os motivos que levam a isso são os mais diversos: seja para se prevenir contra possíveis doenças, já que elas podem estar mais vulneráveis a doenças quando a imunidade está baixa, seja por medo de contaminar outras pessoas. Entretanto o que mais afasta as pessoas do que vivem com HIV/AIDS do convívio social são o preconceito e os discursos culpabilizadores.

Não há como saber quem está contaminado com o vírus a não ser através da realização do exame. Em muitas situações, o diagnóstico só é feito quando o sistema imunológico já está bastante debilitado e os sintomas já começaram a aparecer. Algumas pessoas suspeitam que podem estar contaminadas e por isso se submetem ao exame, mas outras não fazem ideia do que seja o HIV/AIDS e muito mais que podem estar com o vírus. Essa realidade é comum quando se trata de mulheres em relações monogâmicas e entre as pessoas idosas. As mulheres porque não têm contato com sangue contaminado e as relações sexuais acontecem

²⁴⁴ STRECK, 1998, p. 135.

²⁴⁵ FILGUEIRAS; FERNANDES; GONÇALVES, 2012, p. 8.

somente com um parceiro, que ela acredita ser fiel a ela; e a pessoa idosa porque se acredita não ter uma vida sexual ativa e os sintomas da AIDS são confundidos com as doenças decorrentes do envelhecimento. Receber o resultado do exame é um momento importante, pois muitas coisas estão em jogo. A pessoa responsável em dar o diagnóstico deve ser sensível ao sentimento dos outros. É importante que ela possa prestar os esclarecimentos iniciais. Esse tipo de aconselhamento tem mais um caráter educativo. Nesse momento é importante que a pessoa entenda que a AIDS não é o fim, que existe tratamento e saber onde ela pode encontra-lo. No caso de resultados negativos, o conselheiro/a deve lembrar a pessoa sobre a necessidade de prevenção, para que uma infecção não venha a ocorrer.²⁴⁶

O cuidado pastoral com pessoas vivendo com HIV/AIDS além de ser um momento de consolo também é um momento importante de troca de informações. Ele pode ser visto como uma atividade educativa.

Toda atividade educativa deve considerar a situação em que se encontra o sujeito. Nesse sentido, o profissional aconselhador tem de estabelecer um diálogo com vistas a conhecer a realidade existencial do aconselhando. É papel do aconselhador possibilitar a transformação de uma consciência ingênua para uma consciência-crítica, onde o ser humano se insere criticamente na história, assumindo uma posição de sujeito com possibilidade de transformar o mundo.²⁴⁷

Conforme Clinebell, o aconselhamento educativo²⁴⁸ requer habilidade das conselheiras. Para ele, o aconselhamento educativo é “um processo assistencial que integra as instituições e os métodos de duas pastorais com o objetivo único de promover a integralidade de pessoas”.²⁴⁹ Conforme o autor, quem pratica aconselhamento exerce ao mesmo tempo as funções de professor e aconselhador.

O aconselhamento como forma de cuidado é um momento de partilha de conhecimentos, troca de informações e crescimento. Aconselhamento educativo não é simplesmente transmitir informações. “Pela utilização de habilidades e

²⁴⁶ FILGUEIRAS; FERNANDES; GONÇALVES, 2012, p. 14.

²⁴⁷ MIRANDA, Karla Corrêa Lima; BARROSO, Maria Grasiela Teixeira. Aconselhamento em HIV/AIDS: análise à luz de Paulo Freire. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, v. 15, n. 1, jan./fev. Disponível em: <www.eerp.usp.br/rlae>. Acesso em: 14 maio 2012.

²⁴⁸ “Aconselhamento educativo poderia igualmente ser chamado de ‘educação orientada para o aconselhamento’. A educação orientada para o aconselhamento e o aconselhamento orientado para a educação formam um conjunto contínuo. Esta noção permite ao pastor ou a pastora movimentar-se livremente entre ênfase maior sobre a dimensão educativa ou sobre a dimensão de aconselhamento, conforme as necessidades de cada pessoa, casal ou família. Um sinônimo de aconselhamento educativo é ‘orientação pastoral’”. CLINEBELL, 2007, p. 314.

²⁴⁹ CLINEBELL, 2007, p. 313.

sensibilidades de aconselhamento, ele ajuda pessoas a entender, avaliar e então aplicar a informação relevante ao enfrentar uma situação específica de vida”.²⁵⁰ Assim sendo, ele atua em diferentes áreas. Além das questões emocionais, ele lida com questões da vida prática das injustiças, da busca de direitos iguais e diminuição de preconceitos. É possível “fazer um trabalho de educação em saúde, percebendo questões existenciais, discutindo pontos educativos que levem à reflexão, à esperança de uma vida com melhor qualidade para a pessoa que procura apoio ao realizar”.²⁵¹

O que difere o aconselhamento educativo de outras formas de aconselhamento, segundo Clinebell, é quando ele ajuda:

1) descobrir quais são os fatos, conceitos, valores, conteúdos da fé, habilidades, orientação ou conselhos necessários para pessoas no enfrentamento dos seus problemas; 2) comunicar os mesmos diretamente ou ajudar pessoas a descobri-los (por exemplo pela leitura); 3) ajudar pessoas a utilizar essa informação para compreenderem sua situação, tomarem decisões sábias ou lidarem construtivamente com os problemas.²⁵²

O aconselhamento educativo tem interesse na pessoa. Ele quer ajudar as pessoas a refletir e adquirir habilidades para enfrentar os problemas de forma construtiva. “Quase sempre estão presentes sentimentos poderosos, dinâmica interpessoal, temores e preconceitos. Estes precisam ser tratados para que a pessoa possa tomar uma decisão sábia”.²⁵³ A informação somente se torna relevante e útil se estiver relacionado com o mundo interior da pessoa. Ela precisa fazer algum sentido para sua vida e suas necessidades, sem manipular a informação de forma a convencer o/a aconselhado/a de suas ideias.

3.3 Reflexões finais

Não cabe a nós procurar culpados, cada caso é uma situação específica. O HIV/AIDS nem sempre é uma questão de comportamento. A culpabilização deve ser evitada. “Podemos estar em risco por causa da pobreza, falta de apoio social, guerra, gênero e nossa idade”.²⁵⁴ Situações de vulnerabilidade aumentam os riscos

²⁵⁰ CLINEBELL, 2007, p. 313-314.

²⁵¹ MIRANDA; BARROSO, p. 2.

²⁵² CLINEBELL, 2007, 315.

²⁵³ CLINEBELL, 2007, 317.

²⁵⁴ KURIAN, 2012, p. 14.

de contrair doenças infecciosas. Para tratar a questão do HIV/AIDS não podemos falar apenas sobre o que consideramos imoralidade sexual ou que as pessoas precisam mudar de comportamento. Todas as pessoas estão sujeitas a serem infectadas pelo vírus.

Jesus nos ensinou a sermos solidários e agir em favor de nossa próxima. Como cristãs nós podemos nos colocar à disposição daquelas que sofrem, ouvindo as suas aflições, partilhando assim suas angústias e juntos encontrar um novo sentido para a vida. O HIV/AIDS não tem cura, mas “por meio das escrituras e oração podemos encontrar esperança e significado daquilo que parece estar perdido”.²⁵⁵ As escrituras apontam que “os milagres de Jesus, às vezes mostram que a cura não é apenas alguma coisa que acontece uma vez. A cura é um processo que acontece gradativamente e de forma diferente em cada um”.²⁵⁶

No livro *Saber cuidar*, Boff traz o termo *cura* em um contexto de relações de amor e de amizade.²⁵⁷ Sendo assim, o aconselhamento como uma relação de cuidado, promove cura. Não é uma cura física, mas cura da alma, do coração que se alivia ao partilhar suas angústias e tristezas.

Jesus ajudou e curou a muitos, mas se olharmos para sua vida vemos que ele também sofreu por isso. Ele anunciava um mundo diferente, sem injustiças, no entanto, ele mesmo foi discriminado, crucificado e morto injustamente. O que nos consola é que Nele podemos encontrar cura e vida nova, já que Jesus devolve o sentido de vida das pessoas que ele curava. Assim também cabe a nós valorizar a vida das pessoas que vivem com HIV/AIDS e motivá-las a não olhar apenas para o seu sofrimento e aproveitar bem o tempo de vida que ainda tem pela frente, que pode ser bem longo. É importante conscientizar as pessoas de que elas não estão sozinhas. Muitas pessoas no confronto com a realidade de se tornarem portadoras do vírus, aproximaram-se de Deus e encontraram o sentido de suas vidas e uma paz interior que não experimentaram anteriormente.²⁵⁸

A prevenção é a “arma” mais poderosa na luta pela diminuição de novos casos de HIV/AIDS. Falar de prevenção ao HIV/AIDS significa “falar de situações de injustiça, de pobreza, de analfabetismo, de exploração sexual, de desigualdades

²⁵⁵ KURIAN, 2012, p. 16.

²⁵⁶ KURIAN, 2012, p. 81.

²⁵⁷ BOFF, 1999, p. 91.

²⁵⁸ IGREJA solidária e transformadora: roteiro de oficinas para igrejas. Diaconia/Koinonia. 2008. p. 10.

sociais”.²⁵⁹ Esses fatores estão diretamente relacionados à difusão do HIV/AIDS entre as camadas da população. É preciso solucionar esses problemas para então conseguir efeitos positivos na diminuição de novos casos de HIV/AIDS. Essas ações necessitam ser realizadas de forma conjunta, uma parceria entre governo, instituições e sociedade civil e as igrejas.

Não há como falar de HIV/AIDS e não tratar questões relacionadas à sexualidade humana. Vimos anteriormente que a maior parte das infecções se dá através de vias sexuais. Susan Sontag diz que o fato de HIV/AIDS ser transmitido através de relações sexuais contribui para o estigma que existe em torno da doença. O maior risco está entre aqueles que têm uma vida sexual ativa e é visto como um castigo relacionado às relações sexuais pervertidas. Dessa forma, quem vive com HIV/AIDS de certa forma é culpado por ter se contaminado com o vírus.²⁶⁰ Por ser associada à culpa sexual, a discriminação afeta profundamente as pessoas. “Ela conduz a diminuição de autoestima, sentimentos de culpa e vergonha”.²⁶¹ Faz-se necessário investir na educação sexual de forma abrangente e aberta, de forma que as pessoas vejam a sexualidade como algo positivo e não mais como pecado.

Falta de informação não é o único fator que contribuiu para a disseminação do HIV/AIDS. Para as mulheres, especialmente as idosas, “a submissão das mulheres, a confiança que elas depositam em seus parceiros, a insegurança em pedir que o parceiro use camisinha, a suposta disponibilidade sexual das mulheres aos homens”,²⁶² são fatores que precisam ser trabalhados de forma ampla, pois contribuem para o aumento da epidemia.

As mulheres são mais vulneráveis do que os homens por fatores sociais, econômicos e fisiológicos, como vimos no primeiro capítulo. “É necessário tratar urgentemente dos fatores que contribuem para a vulnerabilidade e risco das

²⁵⁹ “Hablar de prevención significa hablar al mismo tiempo de situaciones de injusticia, de pobreza, de analfabetismo, de exploración sexual, de desigualdades sociales”. ORLOV, Lisandro et al. *Para que puedan vivir*: la comunión luterana escucha y responde en el VIH y SIDA. Buenos Aires: el autor, 2006. p. 20.

²⁶⁰ SONTAG, 2007, p. 98.

²⁶¹ “La discriminación afecta profundamente a las personas. Ella conduce a la pérdida de autoestima, a sentimientos de culpa y vergüenza” (tradução própria). ORLOV, 2006, p. 27.

²⁶² DEIFELT, Wanda. Gênero e AIDS: o desafio das mulheres diante da pandemia do HIV. In: DEIFELT, Wanda. *Igreja e AIDS: presença e resposta*. Porto Alegre: CNBB, 2004. p. 41.

mulheres, entre eles, as desigualdades culturais por razão de sexo, a violência e a ignorância”.²⁶³

As mulheres idosas foram educadas dentro de padrões rígidos, onde não lhes era permitido vivenciar sua sexualidade e vida afetiva como nos dias atuais. Elas eram criadas para ser mães e donas de casa sendo submissas aos maridos. “Apesar de a infidelidade do parceiro lhes causar dor e sofrimento, não lhes é legítimo interferir sobre esta atitude tida como quase natural entre os homens”.²⁶⁴

A epidemia da AIDS trouxe à tona o que antes podia ser encoberto, a infidelidade dos companheiros. Nos relatos das usuárias da Casa Fonte Colombo, percebemos que muitas mulheres foram infectadas pelos seus companheiros. Quando descobrem que estão infectadas com o vírus, além de ter de lidar com essa nova realidade ainda precisam lidar com a traição de seu companheiro. Essa realidade pode gerar uma situação de crise na qual o cuidado pastoral pode ser útil, como “uma função reparadora, necessária quando o crescimento das pessoas é seriamente comprometido ou bloqueado por crises”.²⁶⁵

É importante que pessoas sejam preparadas para lidar com as questões que envolvem o HIV/AIDS bem como com as pessoas que vivem e convivem com o HIV/AIDS. Dor, sofrimento e angústia são problemas semelhantes aos de outras doenças graves. Entretanto, o cuidado realizado com pessoas com HIV/AIDS lida com outras perguntas, outros questionamentos. A pessoa que vive com HIV/AIDS tem medo de ser rejeitada e viver isolada, tem medo do futuro. As perdas também fazem parte. Perda da autoestima, autoconfiança, o desejo sexual fica reduzido, não sentindo mais atração física por outras pessoas e medo de que outras não sintam por elas. O medo da morte e sentimentos de culpa também são sentimentos que vêm à tona. Culpa de ter contraído o vírus, de ter infectado outras pessoas, traição, sexualidade mal resolvida, a incerteza de como vai ser o futuro gera ansiedade. Preocupações financeiras em decorrência da perda do emprego, da saúde e do apoio de familiares e amigos geram preocupações.²⁶⁶ É preciso levar em conta as condições de vida dessas pessoas, o preconceito que existe em torno da doença, as

²⁶³ ORLOV, 2004, p. 35.

²⁶⁴ TRASFERETTI; LIMA, 2009, p. 88-89.

²⁶⁵ CLINEBELL, 2007, p. 25.

²⁶⁶ VAN DYK, Alta C. *HIV/AIDS care and counseling: a multidisciplinary approach*. 4th ed. Cape Town: Pearson Education, 2008. p. 267-270.

dificuldades com o tratamento, a difícil decisão de contar que é HIV positivo para outras pessoas.

Necessitamos de pessoas que estejam atentas a todas essas fases até que um processo de aceitação seja iniciado. “Nós que desejamos ser uma presença de cura precisamos aprender como ouvir para que não causemos mais dor por responder de uma maneira que não ajuda. Precisamos aprender como ouvir”.²⁶⁷ Faz-se necessário buscar informações sobre a doença, prevenção e tratamento para poder auxiliar quem busca ajuda. “Pessoas sofrem com preconceito, discriminação, solidão, isolamento. Isso tudo existe porque pessoas mal informadas ainda discriminam e isolam pessoas com o HIV/AIDS”.²⁶⁸ Com a ajuda de pessoas próximas, fica mais fácil aceitar e administrar a doença.

O cuidado com pessoas vivendo com HIV/AIDS também lida com questões muito íntimas do ser humano. Não há como falar desse tema sem tocar nas questões referentes “à sexualidade, orientação sexual, histórias de sofrimento, abusos, dor”,²⁶⁹ já que a maioria dos casos atualmente é transmitida via relação sexual com um dos parceiros contaminados e a violência é um dos fatores responsáveis pelas infecções nas mulheres.

É pelo diálogo que se potencializa o sujeito na construção de sua pergunta e na busca da sua resposta. É pela generosidade que o aconselhador está aberto ao outro, sem julgamentos. É também pelo exercício de um pensamento crítico que se encoraja o sujeito a aguçar a curiosidade da descoberta do mundo para interpretá-lo nele intervir, transformá-lo e transformar-se. É por meio da interdisciplinaridade que se pode enxergar com outros olhares a realidade, tornando-a mais rica e interessante.²⁷⁰

O HIV/AIDS é uma luta da sociedade como um todo. Somente se houver o envolvimento de toda a sociedade a redução de novas infecções pode ser possível. “Lutar contra a AIDS implica em construir cidadania. Defesa dos direitos humanos, inserção social, ampliação do acesso aos direitos humanos fundamentais são tarefas indissociáveis para os que, além do infectado, enxergam uma pessoa”.²⁷¹

Não há uma receita pronta para tratar das questões relacionadas ao HIV/AIDS. A aconselhadora precisará fazer uso de sua sensibilidade e habilidade

²⁶⁷ KURIAN, 2012, p. 47.

²⁶⁸ HENN, 2010.

²⁶⁹ MIRANDA; BARROSO, p. 4.

²⁷⁰ MIRANDA, BARROSO, p. 6.

²⁷¹ BERNARDI, 2004, p. 22.

para perceber o que está no coração e mente das pessoas e, assim, tentar encontrar formas de poder auxiliá-la a viver e conviver da melhor forma com a doença.

Quanto ao cuidado pastoral às mulheres idosas vivendo com HIV/AIDS, precisamos dizer que é um tema novo. As reflexões sobre esse tema ainda são muito tímidas, mas necessárias. Quando tratamos desse público, precisamos ter em mente as diferenças culturais e geracionais existentes.

A educação sexual das idosas precisa ser atualizada. Por isso, a importância e a necessidade de se pensar o cuidado pastoral como um instrumento de formação e informação. Faz-se necessário alertar sobre os riscos de se contrair doenças como o HIV/AIDS e que a prevenção, através do uso de preservativos, é o melhor remédio. O empoderamento dessas mulheres é importante. Elas precisam saber dialogar e defender a importância e a necessidade do uso de preservativos com seus parceiros. “A garantia dos direitos sexuais e reprodutivos das mulheres é essencial para o enfrentamento da epidemia do HIV/AIDS”.²⁷²

A pessoa idosa já passa por momentos de crise devido ao processo natural de envelhecimento. Entretanto, “os idosos têm grande capacidade de resiliência e, diante de situações de perda e de adversidades, tendem a organizar seu ambiente de maneira a maximizar afetos positivos e a minimizar os negativos”.²⁷³ Os idosos encontram apoio no contato com grupos. Por isso, é importante motivá-los a participar de encontros direcionados para esse público. “É exatamente no contato com os grupos que acontece uma grande troca, uma vinculação que amplia e melhora em muito a qualidade de vida das pessoas mais velhas”.²⁷⁴

A perspectiva de crescimento em relação a todo ciclo de vida torna-se mais difícil, porém cada vez mais vital para a integralidade, na meia-idade e além. [...] Para responder às necessidades de um número cada vez maior de pessoas mais velhas, todas as nossas instituições que prestam serviços às pessoas precisam desenvolver programas mais imaginativos de educação contínua, grupos de crescimento e serviço comunitário, destinados a

²⁷² VILLELA, Wilza; NILO, Alessandra. A epidemia do HIV/AIDS e as políticas públicas de saúde sexual e reprodutiva: um estudo em 16 países. In: ROCHA, Solange; VIEIRA, Ana Cristina de Souza; SOARES, Raquel Cavalcante. *Desafios à vida: desigualdades e HIV/AIDS no Brasil e na África do Sul*. Recife: UFPE, 2011. p. 37.

²⁷³ LICHTENFELS, Henriete. *O envelhecimento humano na periferia: um diálogo entre idosos moradores da periferia e a perspectiva da psicologia do desenvolvimento do curso de vida*, Lifespan. 264 f. Tese (Doutorado em Teologia) – Programa de Pós-Graduação em Teologia, Escola Superior de Teologia, São Leopoldo, 2007. p. 97.

²⁷⁴ LICHTENFELS, 2007, p. 162.

capacitar as pessoas nessa faixa etária a desenvolver uma maior parcela de seus recursos não usados.²⁷⁵

A diminuição do número de casos de HIV/AIDS depende de uma ação conjunta entre órgãos públicos, ONGs, comunidades eclesiais e sociedade civil.

É necessário considerar as novas tendências em relação à epidemia no país, para exigir dos órgãos públicos seu enfrentamento: a transmissão heterossexual como principal via de transmissão do HIV, o processo de interiorização e pauperização da epidemia do HIV/AIDS, a grande redução da transmissão por transfusão a partir do controle da qualidade do sangue no país, o crescente aumento de sobrevivência dos portadores do HIV, a dificuldade de diagnóstico da população infectada nos serviços de saúde que são a porta de entrada para a população, o diagnóstico tardio dificultando o controle da infecção, a necessidade de qualificação dos profissionais de saúde para o trato de pessoas com HIV, a insuficiência de serviços especializados e sua localização.²⁷⁶

As ações precisam levar em conta todos os públicos, para os quais campanhas específicas de prevenção precisam ser desenvolvidas, assim como para as mulheres idosas. Além disso, os profissionais precisam ser preparados e orientar as pessoas sobre a importância do diagnóstico precoce para tratamento, pois só assim é possível reduzir os números da epidemia. Faz-se necessário que o exame para o HIV seja incluído nos exames de rotina da pessoa idosa, diminuindo assim os riscos de se iniciar o tratamento tardiamente.

Ninguém está livre de uma doença. Mais cedo ou mais tarde seremos atingidos por algum tipo de doença. Ser um indivíduo saudável é mais do que não ter algum tipo de doença, significa antes ter uma relação harmoniosa consigo mesmo, com o outro e com Deus.

Uma doença como o HIV/AIDS pode trazer sofrimento, dúvidas e medos, mas também pode ajudar a aceitar nossos limites e incapacidades. Ela nos desafia a olhar com mais atenção para quem está ao nosso redor e para nós mesmos, e descobrir em nós maneiras de superar e nos adaptar às nossas limitações.

Diferente de outras doenças, o HIV/AIDS não é visto apenas como uma doença que precisa ser tratada. Ela é associada à culpa, pecado e punição, por isso

²⁷⁵ CLINEBELL, 2007, p. 203.

²⁷⁶ VIEIRA, Ana Cristina de Souza. Determinantes sociais da saúde e AIDS na realidade brasileira. In: ROCHA, Solange; VIEIRA, Ana Cristina de Souza; SOARES, Raquel Cavalcante. *Desafios à vida: desigualdades e HIV/AIDS no Brasil e na África do Sul*. Recife: UFPE, 2011. p. 65.

o estigma. Precisamos desmitificar as imagens negativas que existem em torno do HIV/AIDS e fortalecem os sentimentos de culpa.

Espaços como a Casa Fonte Colombo devem ser incentivados, pela sociedade e pelas comunidades eclesiais, pois fortalecem as relações humanas e as relações de cuidado entre os seres humanos. Quem frequenta espaços como esse sai fortalecida para enfrentar as situações que as aguarda do lado de fora. Os relacionamentos saudáveis ajudam as pessoas a superar momentos de crise e dificuldade. “Pois não há nada mais terapêutico do que as relações humanas sadias”.²⁷⁷

O cuidado pastoral é uma proposta de atuação junto às mulheres idosas vivendo com HIV/AIDS, pois através dele é possível levar informações sobre sexualidade, prevenção, cuidados com a saúde e relacionamentos além de oferecer apoio e consolo nos momentos de crise.

²⁷⁷ HOCH, 1998, p. 26.

CONCLUSÃO

A temática do HIV/AIDS é bastante ampla e pode ser abordada sob diversas perspectivas. Para muitas pessoas, este tema ainda é pouco conhecido e, por isso, quem vive com o vírus ou a doença acaba sofrendo com a discriminação e o preconceito social, precisando encontrar formas de sobreviver e superar as dificuldades que a doença traz.

Buscando espaços onde possam se sentir acolhidas, as pessoas que vivem com HIV/AIDS encontram a Casa Fonte Colombo. A instituição atua na promoção da pessoa vivendo com HIV/AIDS. Nela acompanhamos um grupo de mulheres, do qual fazem parte algumas com mais de 50 anos, foco da pesquisa realizada.

Optamos em realizar a pesquisa sobre a temática do HIV/AIDS em mulheres idosas devido ao aumento da expectativa de vida da população brasileira e o crescente número de casos de mulheres nessa faixa etária estarem se infectando com o vírus ou envelhecendo com o HIV/AIDS.

Traremos alguns pontos importantes da pesquisa sob forma de tópicos:

A) O envelhecimento

A pirâmide populacional brasileira tem se modificado. Essa mudança é consequência da diminuição das taxas de natalidade e do aumento da expectativa de vida da população, decorrentes da melhoria das condições de saúde, saneamento básico, educação além de melhores condições de trabalho e renda. Como consequência disso, a população vem se tornando mais idosa. A feminização da população idosa também é fator de destaque, já que as mulheres tendem a viver mais que os homens.

O processo natural de envelhecimento é marcado por perdas (do trabalho em decorrência da aposentadoria; da autonomia; da saúde; dos amigos ou companheiros que falecem). São diferentes fatores que podem ser geradores e crise. O envelhecimento é um processo natural de todos os seres humanos e acontece de forma diferente em cada um deles. A maneira como indivíduo vive terá influência no seu envelhecimento.

B) A sexualidade e o HIV/AIDS na mulher idosa

A epidemia do HIV/AIDS, que teve seus primeiros casos registrados no Brasil nos anos 1980, está longe de ser controlada. Desde muito cedo, o HIV/AIDS foi registrado entre a população idosa.

Pela resistência em ver a pessoa idosa, especialmente as mulheres, como indivíduos sexualmente ativos tanto por parte dos profissionais de saúde como pelos familiares a possibilidade de contaminação pelo HIV/AIDS é comumente descartada. Isso faz com que o teste para o HIV/AIDS seja realizado muito tardiamente, quando o indivíduo já se encontra debilitado em decorrência da doença. O diagnóstico tardio do HIV/AIDS em pessoas idosas dificulta o tratamento com antirretrovirais.

Nos dias de hoje é comum ver as pessoas idosas reconstruindo suas vidas, com novos parceiros após a morte do companheiro. Os programas voltados para essa população também acabam incentivando o surgimento de novos relacionamentos. Entretanto, percebemos que não há uma preocupação com a educação sexual dessa população que não está acostumada nem informada sobre a necessidade de prevenção contra doenças sexualmente transmissíveis, como o HIV/AIDS. Faz-se necessário que se criem programas que visem a formação e educação desse grupo.

As pessoas idosas de hoje foram educados em uma época em que os preservativos não eram comuns e o HIV/AIDS era desconhecido. As mulheres eram educadas dentro de padrões rígidos e patriarcais que reduziam o seu papel como responsáveis por cuidar da casa e criar os filhos. E a vivência da sexualidade era reduzida a cumprir suas obrigações de esposa. A vulnerabilidade da mulher idosa é maior que a dos homens por diferentes fatores de ordem social, econômica, cultural e fisiológica.

As mulheres foram educadas para ser submissas aos seus companheiros e essa visão é reforçada pelos padrões culturais, onde o homem é visto como o responsável por sustentar a família. Assim, a mulher depende economicamente do seu parceiro e por isso se submete a ele. Também não é dado a mulher o direito de decidir quando ter relações sexuais e se farão ou não uso de preservativo.

A mulher é também fisiologicamente mais vulnerável ao HIV/AIDS que o homem, já que o esperma contém maior quantidade de vírus do que os fluidos

vaginais. Além disso, as paredes vaginais podem apresentar pequenas fissuras, o que aumenta a possibilidade de contaminação. Nas mulheres idosas, após a menopausa, há uma diminuição da libido, as paredes vaginais ficam ressecadas por falta de lubrificação e assim aumentam os riscos de contrair a doença.

Vimos que as mulheres idosas não sentem necessidade do uso de preservativos por não estarem mais em idade reprodutiva, isso mostra que na sua compreensão o preservativo previne apenas da gravidez, elas não têm consciência de que doenças podem ser evitadas usando-se o preservativo. Os homens têm resistência por medo de perder a ereção ou nem mesmo sabem como usar o preservativo.

Os dados apontam que o número de mulheres idosas que descobrem que estão infectadas com HIV/AIDS e que foram infectadas pelos seus companheiros tem aumentado. Muitas dessas mulheres tiveram apenas um parceiro sexual durante toda a vida, foram fiéis aos seus companheiros e nem por isso ficaram livres de se contaminar com o vírus.

Sendo assim, percebemos que é preciso investir na educação sexual da população idosa. Faz-se necessário fazer com que as mulheres idosas sejam instruídas sobre os riscos de contrair doenças infecciosas transmitidas por vias sexuais. Percebemos a necessidade de empoderar as mulheres para que elas possam negociar com seus parceiros o uso de preservativos nas relações, mesmo em relacionamentos estáveis.

Também percebemos que há uma deficiência nos sistemas de saúde, no qual os profissionais de saúde precisam ser orientados a solicitar o exame anti-HIV também na população idosa, para que o diagnóstico seja realizado precocemente. Assim aumenta as chances de sobrevivência desses pacientes e melhora a qualidade de vida.

O uso do antirretrovirais traz efeitos colaterais para o organismo do indivíduo e a adaptação não é fácil. Nos idosos pode ser ainda mais difícil, uma vez devido a outras doenças decorrentes do envelhecimento ele pode estar debilitado e não reagir da forma esperada há medicação. Muitos efeitos colaterais podem ser visíveis no corpo de quem usa os medicamentos antirretrovirais por um longo período, como no caso da lipodistrofia. Essas mudanças que ocorrem no corpo podem contribuir

para a diminuição da autoestima da pessoa, principalmente nas mulheres, para as quais a aparência física é importante.

C) Casa Fonte Colombo

Com o objetivo de conhecer a realidade das mulheres vivendo com HIV/AIDS buscamos a Casa Fonte Colombo – Centro de promoção da pessoa soropositiva-HIV, em Porto Alegre. A instituição é coordenada por freis Capuchinhos e conta com o apoio de voluntários para desenvolver suas diversas atividades.

Como vimos no segundo capítulo, a experiência prática na instituição foi importante para o desenvolvimento da pesquisa, pois trouxe elementos da vivência diária das mulheres que vivem com HIV/AIDS. A instituição atua como um espaço de acolhimento de pessoas vivendo com HIV/AIDS em situação de vulnerabilidade social em Porto Alegre e cidades vizinhas. A Casa Fonte Colombo além de acolher as pessoas atua na promoção da vida das pessoas que vivem com HIV/AIDS.

As atividades da instituição estão pautadas sobre quatro pilares: prevenção, assistência, reinserção social e reestruturação dos laços familiares. Sendo assim, as atividades da Casa Fonte Colombo são voltadas para a conscientização da prevenção, tanto para quem já vive com HIV/AIDS como também para evitar que novas infecções ocorram. Ali também a pessoa encontra serviços de assistência médica, serviço social (banho, roupas, alimentação, corte de cabelo, massagem...), que facilitam a reinserção do indivíduo na sociedade. Os familiares de quem vive com HIV/AIDS também são bem-vindos e na medida em que há necessidade são feitas intervenções com o objetivo de melhorar a relação familiar.

Através da experiência na Casa Fonte Colombo, percebeu-se que viver com HIV/AIDS é uma luta diária, seja pra vencer barreiras sociais, decorrentes do estigma e preconceito, como também de aceitação do diagnóstico e adaptação aos medicamentos necessários para a redução dos efeitos do vírus no organismo.

Quem vive com HIV/AIDS, mais do que sofrer com os efeitos do vírus no organismo, sofre com o desconhecido. A falta de informação sobre a doença faz com que ela passe por um momento de crise. O medo da morte e do desconhecido faz parte desse momento inicial. Percebemos que, muitos profissionais de saúde não estão habilitados para atuar no momento da revelação do diagnóstico, pois não

levam em conta o choque inicial. Diferentes reações podem surgir nesse momento e o profissional precisa estar preparado para lidar com as diferentes reações. Na fase inicial, é importante que o profissional esteja habilitado a esclarecer as dúvidas do indivíduo que recebe o diagnóstico, bem como precisa lidar com as emoções que surgem.

O espaço de convivência na Casa Fonte Colombo funciona como um local onde é possível compartilhar tristezas, dúvidas, medos e dificuldades, mas também são compartilhadas alegrias, superação e conquistas. Quem frequenta a Casa Fonte Colombo aprende sobre como se prevenir e cuidar dos outros, recebe informações sobre os cuidados necessários para ter uma vida saudável e a necessidade e benefícios do uso da medicação, além de receber informações sobre seus direitos (benefícios, trabalho). A Casa Fonte Colombo atua dessa forma no empoderamento dos indivíduos que fazem uso da instituição.

A instituição atua no resgate da dignidade de homens e mulheres que convivem com HIV/AIDS, na luta contra o preconceito e discriminação social. A informação é uma das formas usadas pela instituição no combate à redução dos novos casos de contágio por HIV. Pessoas bem informadas são mais conscientes e podem atuar como multiplicadoras das informações e auxiliar outras pessoas que passam por situações semelhantes, além de ser uma forma de diminuir o preconceito que existe em torno da doença.

O preconceito afasta as pessoas uma das outras, causa sofrimento e dificulta a aceitação do diagnóstico e tratamento. Não só as relações humanas são abaladas, mas também a relação com Deus é afetada. Questionamentos sobre a origem do sofrimento são frequentes, as pessoas sentem-se abandonadas por Deus. Além de existir ainda a relação do HIV/AIDS como castigo por faltas cometidas. Na tentativa de reestabelecer as pessoas na sua relação com Deus, iniciamos uma oficina de leitura popular da Bíblia, onde trabalhamos textos bíblicos contextualizando com a realidade das mulheres que fazem parte do grupo. As contribuições das mulheres são importantes para a construção da oficina, só assim ela pode fazer algum sentido na vida delas. As participantes têm trazido reflexões a partir do seu contexto para a oficina. Elas têm relacionado os personagens e histórias bíblicas com situações atuais, vivenciadas por elas.

Temos percebido o crescimento das mulheres no decorrer das oficinas. Sendo assim, vemos como um instrumento útil no trabalho de acolhimento para pessoas vivendo com HIV/AIDS. Além ser um momento de aprendizado, onde estudam sobre textos e personagens bíblicos, a oficina é também um espaço de consolo e acolhimento, pois ao trazer situações de vida e de fé elas encontram apoio e saem dali fortalecidas.

D) Cuidado Pastoral

O cuidado com o outro é uma atitude natural do ser humano. Todos nós necessitamos de cuidado, principalmente em momentos em que estamos abalados ou passando por momentos difíceis.

No caso de pessoas vivendo com HIV/AIDS o cuidado não está relacionado apenas com o cuidado com questões da alma, dos sentimentos, mas também está relacionado com a busca por justiça social e luta contra preconceito que cerca as pessoas que vivem e convivem com o HIV/AIDS.

Diversos são os momentos em nossa vida que passamos por situações de crise. Entretanto, nem sempre conseguimos sair delas sozinhos e precisamos buscar ajuda outras pessoas que ajudam a ver a situação sob outro ângulo.

O aconselhamento pastoral é uma forma de cuidado e ajuda as pessoas em seus momentos de crise. Ele é um ministério da igreja cristã, e é realizado por pessoas capacitadas para tal, mas também pode ser realizado por qualquer pessoa que esteja disposta a ouvir com o coração.

O cuidado pastoral auxilia a pessoa a encontrar formas de superar seus momentos de crise. É uma forma de empoderamento e proporciona o crescimento pessoal. O cuidado pastoral não tem por objetivo dar respostas ou soluções prontas para as pessoas que buscam ajuda, mas sim auxiliar as pessoas a refletir sobre sua situação e encontrar maneiras de superar a crise.

O aconselhamento não precisa ser algo individual. Ele pode acontecer em grupos. A oficina realizada na Casa Fonte Colombo pode ser entendida como uma forma de cuidado pastoral que promove crescimento, não somente na relação do indivíduo com o próximo, mas também na relação com Deus.

Quem pratica o aconselhamento precisa certa habilidade para a escuta, pois nem todas as coisas são ditas no momento do aconselhamento. Muitas coisas ficam nas entrelinhas, são gestos, momentos de silêncio ou até mesmo a intensidade da voz precisam ser levados em conta. Quando uma pessoa é ouvida atentamente e sente confiança em quem a escuta ela inicia um processo de cura. Deixar a pessoa falar ajuda-a a ordenar seus pensamentos, faz com que ela se sinta melhor e mais aliviada.

O cuidado pastoral para pessoas vivendo com HIV/AIDS além de oferecer consolo para as situações de crise também precisa ter um caráter educativo. Através de pessoas informadas e preparadas para atuar com esse público o cuidado para as pessoas que vivem com HIV/AIDS pode ser um espaço no qual as pessoas encontrem informações, onde elas podem tirar dúvidas sobre tratamento, cuidados com a saúde e prevenção além do consolo e apoio emocional.

A atuação de Jesus deve servir de exemplo para a nossa atuação com as pessoas que vivem com HIV/AIDS. Jesus andou com os excluídos e necessitados da sua época. Ele lutou por justiça e igualdade social. Atualmente existem outros desafios a serem superados, e a redução do número de novas infecções por HIV/AIDS é urgente.

Faz-se necessário informar as pessoas sobre a doença, às formas de transmissão, tratamento e cuidados com a saúde para que assim novas infecções sejam evitadas além de ser uma forma de diminuir o preconceito e estigma.

Não cabe a nós procurar culpados, nem julgar as pessoas que vivem com HIV/AIDS por terem sido infectadas. Nossa tarefa é acolher as pessoas e buscar uma vida digna para todas as pessoas.

Não há uma receita pronta para atuar nesse ministério, é preciso encontrar maneiras de atuar com as mulheres idosas que vivem com HIV/AIDS levando em conta sua realidade. O que as mulheres idosas vivendo com HIV/AIDS precisam é sentir se acolhidas e respeitadas. Valores sociais e culturais precisam ser transformados, onde a igualdade de direitos entre homens e mulheres sejam respeitados.

As mulheres precisam tornar-se sujeito da sua vida e serem capazes de negociar com seus companheiros o uso do preservativo nas suas relações. A

sexualidade não deve mais ser um tabu, pelo contrário, é importante que as pessoas sejam orientadas a vivenciar sua sexualidade de forma sadia.

A epidemia do HIV/AIDS trouxe a tona temas que antes podiam ser encobertos, entretanto, é preciso tratar sobre esse tema de forma aberta e livre de preconceitos. A temática é ampla e ainda foi pouco estudada pela teologia. Tratar da temática do HIV/AIDS em perspectiva teológica é um grande desafio e merece atenção.

Buscamos através desta pesquisa fazer algumas reflexões e apontamentos no âmbito da teologia prática (cuidado pastoral) com o objetivo de auxiliar as mulheres idosas e demais pessoas vivendo com HIV/AIDS para que elas possam encontrar maneiras de viver a vida de forma positiva, com qualidade, sem precisar se esconder para sobreviver.

A temática do HIV /AIDS em relação com a teologia é recente e existe pouca literatura sobre o assunto. Muito ainda precisa ser pesquisado e aprofundado. Buscamos com essa pesquisa apenas iniciar a reflexão teológica em relação ao HIV/AIDS, tendo no cuidado pastoral uma iniciativa para a reflexão sobre o tema.

REFERÊNCIAS

AIDS. Contágio da AIDS, medicamentos contra AIDS, sintomas da AIDS, formas de prevenção, tratamento, o vírus HIV, o desenvolvimento de vacinas contra AIDS. Disponível em: <<http://www.suapesquisa.com/aids>>. Acesso em: 10 mar. 2010.

ANDRADE, H. A. S.; SILVA, S. K.; SANTOS, M. I. P. O. AIDS em idosos: vivências dos doentes. *Escola Anna Ney*, v. 14, n. 4, p. 712-719, out./dez. 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ean/v14n4/v14n4a09.pdf>>. Acesso em: 12 mar. 2012.

ARAÚJO, Vera Lúcia Borges de et al. Características da Aids na terceira idade em um hospital de referência do Estado do Ceará, Brasil. *Rev. bras. epidemiol.* v.10, n. 4, p. 544-554, 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbepid/v10n4/12.pdf>>. Vários acessos.

BARROS, Marcelo. Somos todos doentes em processo de cura: a AIDS e o caminho ecumênico das Igrejas. In: CONFERÊNCIA NACIONAL DOS BISPOS DO BRASIL. Pastoral DST/AIDS. *Viu e teve compaixão... Igreja e AIDS*. Fortaleza: CNBB, 2002.

BERER, Marge; RAY, Sunanda. *Mulheres e HIV/AIDS: informação, atividades e materiais relativos às mulheres e HIV/AIDS, saúde reprodutiva e relações sexuais*. São Paulo: Brasiliense, 1997.

BERNARDI, José (Org.). *Vulnerabilidade social e AIDS: o desafio da prevenção em tempos de pauperização da epidemia*. Porto Alegre: CNBB; Pastoral de DST/AIDS: 2005.

_____. Desafios Cotidianos da AIDS. In: DEIFELT, Wanda. *Igreja e AIDS: presença e resposta*. Porto Alegre: CNBB, 2004.

_____. Os desafios pastorais da AIDS. In: CONFERÊNCIA NACIONAL DOS BISPOS DO BRASIL. Pastoral DST/AIDS. *Viu e teve compaixão... Igreja e AIDS*. Fortaleza: CNBB, 2002.

BOFF, Leonardo. *Saber cuidar: ética do humano: compaixão pela terra*. Petrópolis: Vozes, 1999.

BRASIL. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. *Constituição da República Federativa do Brasil de 1988*. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constitui%C3%A7ao.htm>. Acesso em: 22 maio 2012.

_____. Ministério da Educação. BOLETIM epidemiológico AIDS-DST Versão Preliminar. Ano VIII. Versão preliminar julho de 2010 a junho de 2011. Brasília: 2011. Disponível em: Disponível em: <http://www.aids.gov.br/sites/default/files/publicacao/2010/boletim2010_preliminar_pdf_34434.pdf>. Acesso em: 03 dez. 2012.

_____. Ministério da Educação. Departamento de DST, AIDS e Hepatites Virais. Portal sobre AIDS, doenças sexualmente transmissíveis e hepatites virais. *AIDS no Brasil*. Disponível em: <<http://www.aids.gov.br/pagina/idosos>>. Acesso em: 03 dez. 2010.

_____. Ministério da Saúde. Boletim epidemiológico AIDS e DST – 27ª a 52ª – semanas epidemiológicas – jul./dez. 2009 / 01ª a 26ª semanas epidemiológicas – jan./jun. 2011. Ano VII, n. 01. Brasília: 2011. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/sites/default/files/anexos/publicacao/2011/50652/boletim_aids_2011_preliminar3_pdf_20265.pdf>. Acesso em: 29 abr. 2012.

_____. Ministério da Saúde. BOLETIM epidemiológico AIDS-DST. Brasília: 2011. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/sites/default/files/publicacao/2010/boletim2010_preliminar_pdf_34434.pdf>. Acesso em: 9 mar. 2011.

_____. Ministério da Saúde. DST/AIDS e hepatites virais. Disponível em: <<http://www.aids.gov.br/data/Pages/LUMISBF548766PTBRIE.htm>>. Acesso em: 03 mar. 2012.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. Atenção à saúde da pessoa idosa e envelhecimento. Área Técnica Saúde do Idoso. Brasília: 2010. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/volume12.pdf>>. Acesso em: 19 nov. 2011.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. HIV/AIDS, hepatites e outras DST. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/abcd18.pdf>>. Acesso em: 29 jan. 2012.

BUTLER, Robert N.; LEWIS, Myma I. *Sexo e amor na terceira idade*. São Paulo: Summus, 1985.

CAETANO, Silvana Kinczel. *No embalo da rede: o impacto produzido pelo cuidado na vida dos idosos de Bagé, que frequentam o centro do idoso*. 2011. 65 f. Dissertação (Mestrado Profissional) – Programa de Pós-Graduação em Teologia, Escola Superior de Teologia, São Leopoldo, 2011.

CAMACHO, A. C. L. F; COELHO, M. J. Políticas públicas para a saúde do idoso: revisão sistemática. Escola de Enfermagem Anna Nery. Rio de Janeiro. *Revista Brasileira de Enfermagem*, Brasília, v. 63, n. 2, p. 279-84, mar./abr. 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v63n2/17.pdf>>. Acesso em: 10 nov. 2010.

CARTA de los obispos de Suecia sobre el VIH en una perspectiva global. Uppsala: Consejo Episcopal, 2007.

CLIFFORD, Paula. *La teologia cristiana y la epidemia VIH/SIDA*. Buenos Aires: Epifania, 2005.

CLINEBELL, Howard J. *Aconselhamento pastoral: modelo centrado em libertação e crescimento*. 4. ed. São Leopoldo: EST, Sinodal, 2007.

COLLINS, Gary R. *Aconselhamento cristão*. São Paulo: Vida Nova, 1984.

DEIFELT, Wanda. Gênero e AIDS: o desafio das mulheres diante da pandemia do HIV. In: DEIFELT, Wanda. *Igreja e AIDS: presença e resposta*. Porto Alegre: CNBB, 2004.

DINIZ, Raquel Farias; SALDANHA, Ana Alayde Werba. Representações sobre AIDS na velhice por agentes comunitários de saúde. 8º AIDSCONGRESS 2007.

Disponível em: <<http://www.aids.gov.br/pagina/duvidas-frequentes#dst>>. Acesso em: 27 abr. 2012.

Dossiê Mulheres com HIV/AIDS. Elementos para a construção de direitos e qualidade de vida. Instituto Patrícia Galvão – Comunicação e mídia, 2003. Disponível em: <http://www.giv.org.br/publicacoes/dossie_mulheres_com_hiv aids.pdf>. Acesso em: 4 maio 2012.

FEDERAÇÃO Luterana Mundial. *Graça, cuidado e justiça: um manual para o trabalho com HIV e AIDS*. Porto Alegre: FLM/IECLB, 2010.

FILGUEIRAS, Sandra Lúcia; FERNANDES, Nilo Martinez; GONÇALVES, José Eduardo M. *Aconselhamento em DST e HIV/AIDS: diretrizes e procedimentos básicos*. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/sites/default/files/074_01aconselhamento.pdf>. Acesso em: 11 maio 2012.

FONTE COLOMBO Centro de Promoção da Pessoa Soropositiva-HIV. *Boletim*, ano 1, n. 1, abr. 2000.

_____. *Boletim*, ano 3, n. 11, set. 2003.

_____. *Boletim*, ano 7, n. 22, set. 2007.

_____. *Boletim*, ano 2, n. 5, set. 2001.

_____. *Boletim*, ano 6, n. 6, set. 2006.

_____. *Relatório anual da instituição*. 2011.

FONTES, K. S.; SALDANHA, A. A. W.; ARAÚJO, L. F. Representações do HIV na terceira idade e a vulnerabilidade do idoso. In: 7 HIV-AIDS Virtual Congress: o VIH/SIDA na criança e no idoso. SIDAnet - ASSOCIAÇÃO LUSÓFONA, 2007. Disponível em: <<http://www.aidscongress.net/html/livro7congresso.pdf#page=73>>. Acesso em: 02 abr. 2012.

GALVÃO, Jane. *AIDS no Brasil: agenda da construção de uma epidemia*. Rio de Janeiro: ABIA; São Paulo: 34, 2000.

GIACOMOZZI, Andréia Isabel. Casamento e AIDS: uma questão de confiança. Florianópolis, maio de 2004. Disponível em: <http://www.saude.sc.gov.br/gestores/sala_de_leitura/artigos/livro.pdf>. Acesso em: 12 mar. 2012.

GOMES, Perpétua. Infecção pelo Vírus da Imunodeficiência Humana tipo 2 (HIV-2). 3º HIV-AIDS VIRTUAL CONGRESS. Disponível em: <http://www.aidscongress.net/Modules/WebC_AidsCongress/CommunicationHTML.aspx?Mid=32&CommID=102>. Acesso em: 29 abr. 2012.

GUIA da pessoa idosa. Dicas e Direitos. Disponível em: <http://www.mp.go.gov.br/portaIweb/hp/41/docs/guia_da_pessoa_idosa.pdf>. Acesso em: 07 jul. 2012.

HENN, Fernando. *Quebrar o silêncio restaurar dignidade*. Disponível em: <http://www.luteranos.com.br/mensagem/2004_072.html>. Acesso em: 20 abr. 2010.

HERTEL, Hildegart. Redes Sociais e qualidade de vida. In: NOÉ, Sidnei Vilmar; HOCH, Lothar Carlos; WONDRACEK, Karin Hellen Kepler. *Simpósio de Aconselhamento e Psicologia Pastoral: comunidade terapêutica: cuidando do ser através de relações de ajuda*. São Leopoldo: Sinodal, 2003.

HOCH, Lothar Carlos. Comunidade Terapêutica: em busca duma fundamentação eclesiológica do Aconselhamento pastoral. In: SCHNEIDER-HARPPRECHT, Christoph (Org.). *Fundamentos teológicos do Aconselhamento Pastoral*. São Leopoldo: Sinodal, 1998.

HOCH, Lothar Carlos; HEIMANN, Thomas (Org.). *Aconselhamento espiritual e espiritualidade*. São Leopoldo/EST: Sinodal, 2008.

IBGE. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/noticia_visualiza.php?id_noticia=1766&id_pagina=1>. Acesso em: 13 dez. 2010.

IGREJA solidária e transformadora: roteiro de oficinas para igrejas. Diaconia/Koinonia. 2008.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). Perfil dos idosos responsáveis pelos domicílios no Brasil. Rio de Janeiro: 2000. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/perfilidoso/perfilidosos2000.pdf>>. Acesso em: 17 nov. 2010.

_____. *Evolução e Perspectivas da Mortalidade Infantil no Brasil*. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/evolucao_perspectivas_mortalidade>. Acesso em: 01 nov. 2008.

_____. Censo 2010: população do Brasil é de 190.732.694 pessoas. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/noticia_visualiza.php?id_noticia=1766&id_pagina=1>. Acesso em: 13 dez. 2010.

JUNGES, José Roque. A questão ética da Síndrome de Imunodeficiência Adquirida: do preconceito à solidariedade. In: JUNGES, José Roque. *Bioética: perspectivas e desafios*. São Leopoldo: UNISINOS, 1999.

KEMPP, Raquel I. *Sentimento dos familiares na institucionalização de idosos*. 2010. 68 f. Dissertação (Mestrado Profissional) – Programa de Pós-Graduação em Teologia, Escola Superior de Teologia, São Leopoldo, 2010.

KERN, Francisco A. Mulheres soropositivas: a visibilidade e a invisibilidade da representação social da AIDS. *Revista Virtual Textos & Contextos*, n. 2, ano II, dez. 2003.

KÜBLER-ROSS, Elisabeth. *Sobre a morte e o morrer*. São Paulo: Martins Fontes, 1981.

KURIAN, Manoj. *Ouvindo com amor: aconselhamento pastoral: uma resposta cristã para as pessoas vivendo com VIH*. Disponível em: <http://www.google.com.br/url?sa=t&rct=j&q=kurian%2C%20manoj.%20ouvindo%20com%20amor%3A%20aconselhamento%20pastoral%3A%20uma%20resposta%20crist%C3%A3%20para%20as%20pessoas%20vivendo%20com%20vih&source=web&cd=1&ved=0CEQQFjAA&url=http%3A%2F%2Fvd.pcn.net%2Fes%2Findex.php%3Foption%3Dcom_docman%26task%3Ddoc_download%26gid%3D23%26Itemid%3D30&ei=EDXOT5qzIZO>

c8QTluKyFCw&usg=AFQjCNGwXDx6ImixwuYhL4CzopFloYH7iA>. Acesso em: 12 maio 2012.

LAZZAROTTO, Alexandre Ramos et al. O conhecimento de HIV/AIDS na terceira idade: estudo epidemiológico no Vale do Sinos, Rio Grande do Sul, Brasil. *Ciência e saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 13, n. 6, dez. 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S14131232008000600018&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 27 abr. 2010.

LICHTENFELS, Henriete. *O envelhecimento humano na periferia: um diálogo entre idosos moradores da periferia e a perspectiva da psicologia do desenvolvimento do curso de vida*, Lifespan. 264 f. Tese (Doutorado em Teologia) – Programa de Pós-Graduação em Teologia, Escola Superior de Teologia, São Leopoldo, 2007.

LISBOA, Márcia Eliza Sérvio. *A invisibilidade da população acima de 50 anos no contexto da epidemia HIV/AIDS*. Disponível em: <<http://marcia.binarios.net/Trabalhos%20Publicados%20%28PDF%29/A%20invisibilidad e%20da%20popula%20E7%E3o%20acima%20de%2050%20anos%20no%20contexto%20 da%20epidemia%20AIDS.7aidscongress.pdf>>. Acesso em: 29 nov. 2010.

LOUREIRO, Regina et al. Prevalência e fatores de risco associados ao Subtipo C do HIV-1, em pacientes soropositivos em acompanhamento no Ambulatório de Dermatologia Sanitária da Secretaria da Saúde do Rio Grande do Sul. *Boletim da Saúde*, v. 16, n. 2, 2002. Disponível em: <http://www.sumarios.org/sites/default/files/pdfs/v16n2_08prevalencia.pdf>. Acesso em: 23 maio 2012.

LOURENÇO, Roberto Alves; MOTTA, Luciana Branco da. Prevenção de doenças e promoção da saúde na terceira idade. In: VERAS, Renato (Org.). *Terceira idade: alternativas para uma sociedade em transição*. Rio de Janeiro: CRDE/UERJ/UnATI, 1999.

MACKERT, Ciane. *Deu positivo. E agora doutor? HIV-AIDS: as perguntas que ainda permanecem depois de anos*. Rio de Janeiro: Wak, 2009.

MALDONADO, Jorge E. *Manual de aconselhamento pastoral para HIV-AIDS/SIDA*. Curitiba: Conselho Mundial de Igrejas, 1993.

_____. Intervenção em Situação de crises. In: SANTOS, Hugo. (Org.). *Dimensões do cuidado e aconselhamento pastoral*. São Paulo: ASTE; São Leopoldo; Cetela, 2008.

MINISTÉRIO DO PLANEJAMENTO, ORÇAMENTO E GESTÃO. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Diretoria de Pesquisas Coordenação de População e Indicadores Sociais. Observações sobre a evolução da mortalidade no Brasil: o passado, o presente e perspectivas. Rio de Janeiro, 2010. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/tabuadevida/2009/notastecnicas.pdf>>. Acesso em: 21 fev. 2012.

MIRANDA, Karla Corrêa Lima; BARROSO, Maria Grasiela Teixeira. Aconselhamento em HIV/AIDS: análise à luz de Paulo Freire. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, v. 15, n. 1, jan./fev. Disponível em: <www.eerp.usp.br/rlae>. Acesso em: 14 maio 2012.

MOTTA, Luciana Branco da. Repercussões Médicas do Envelhecimento. In: VERAS, Renato (Org.). *Terceira idade: alternativas para uma sociedade em transição*. Rio de Janeiro: CRDE/UnATI/UERJ, 1999.

NASRI, Fábio. O envelhecimento populacional no Brasil. *Einstein*, v. 6, supl. 1, S4-S6, 2008. Disponível em: <<http://apps.einstein.br/revista/arquivos/PDF/833-Einstein%20Suplemento%20v6n1%20pS4-6.pdf>>. Acesso em: 30 nov. 2010.

OLIVEIRA, Rita de Cássia; SCORTEGAGNA, Paola Andressa; OLIVEIRA, Flávia da Silva. III CONGRESSO IBERO-AMERICANO DE PSICOGERONTOLOGIA, POLÍTICAS PÚBLICAS E O DIREITO DO IDOSO À INSERÇÃO EM ESPAÇOS EDUCATIVOS. *Anais...* Disponível em: <http://geracoes.org.br/arquivos_dados/foto_alta/arquivo_1_id-173.pdf>. Acesso em: 30 nov. 2010.

OLIVEIRA, Roseli, M. Kühnrich; HEIMANN, Thomas. Cuidando de cuidadores: um olhar sobre os profissionais de ajuda a partir do conceito de cuidado integral. In: NOÉ, Sidnei Vilmar et al. *Simpósio de Aconselhamento e Psicologia Pastoral: espiritualidade e saúde: da cura d'almas ao cuidado integral*. São Leopoldo: Escola Superior de Teologia; Sinodal, 2004.

ORLOV, Lisandro et al. *Para que puedan vivir: la comunión luterana escucha y responde en el VIH y SIDA*. Buenos Aires: el autor, 2006.

_____. *Quebrar o silêncio, restaurar a dignidade: Seminário Nacional sobre HIV/AIDS, de 30 de agosto a 2 de setembro de 2004, Rodeio 12, SC*. Porto Alegre: IECLB/Departamento de Diaconia, 2005.

PADILHA, Anivaldo; ALMEIDA, Ester L. L. *AIDS e igrejas: um convite à ação*. Rio de Janeiro: Koinonia Presença Ecumênica e Serviço, 2000.

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

Pastoral da AIDS. *Ciências Sociais e Religião*, Porto Alegre, ano 10, n. 10, p. 159-180, out. 2008.

PEREIRA, Andréa Moraes; ALVES, Elaine Cristina Santos; LEÃO, Harley Medawar; FREIRE, Maria Aparecida Fontes. *Sexualidade do idoso*. Disponível em: <<http://189.75.118.67/CBCENF/sistemainscricoes/arquivosTrabalhos/Sexualidade%20idoso.pdf>>. Acesso em: 11 mar. 2012.

PLANO Integrado de Enfrentamento à Feminização de Epidemia de AIDS e outras DST, 2007. Disponível em: <<http://www.aids.gov>>. Acesso em: 20 mar. 2011.

RISMAN, Arnaldo. Corpo-psique-sexualidade: uma expressão eterna. In: VERAS, Renato (Org.). *Terceira idade: alternativas para uma sociedade em transição*. Rio de Janeiro: Relume-Dumará/UnATI/UERJ, 1999.

ROCCA, Susana. Resiliência: uma perspectiva de esperança na superação das adversidades. In: HOCH, Lothar Carlos et al. *Simpósio de Aconselhamento e Psicologia Pastoral: sofrimento, resiliência e fé: implicações para as relações de cuidado*. São Leopoldo: Sinodal, 2007.

RODRIGUES, Aretusa de Paula; JUSTO, José Sterza. A resignificação da feminilidade da terceira idade. In: ESTUDOS INTERDISCIPLINARES SOBRE O ENVELHECIMENTO. Porto Alegre: Núcleo de Estudos Interdisciplinares sobre o Envelhecimento da PROEXT/UFRGS, v. 14, n. 2, dez. 2009. Disponível em: <<http://seer.ufrgs.br/RevEnvelhecer/article/view/7233>>. Acesso em: 23 mar. 2012.

ROESE, Anete; DEIFELT, Wanda. *Espaços de cuidado, movimentos de ressurreição: teoria e método para o processo de acompanhamento pastoral terapêutico de grupos*. São Leopoldo: EST/IEPG, 2004.

SALDANHA, Ana Alayde Werba; ARAÚJO, Ludgleydson Fernandes de. A AIDS na terceira idade na perspectiva dos idosos, cuidadores e profissionais de saúde. VII CONGRESSO VIRTUAL HIV/AIDS: o VIH/SIDA na Criança e no Idoso. Disponível em: <http://www.aidscongress.net/Modules/WebC_Docs/GetDocument.aspx?DocumentId=219>. Acesso em: 21 nov. 2011.

SAMPAIO, Tânia Mara Vieira. AIDS e religião: aproximações ao tema. *Impulso: Revista de Ciências Sociais e Humanas*, Piracicaba, v. 13, n. 32, 2002.

SANTOS, Sueli Souza dos. *Sexualidade e amor na velhice: uma abordagem de análise do discurso*. Porto Alegre: Sulina, 2003.

SCHIPANI, Daniel S. *O caminho da sabedoria no aconselhamento pastoral*. São Leopoldo: Sinodal, 2004.

SCHNEIDER-HARPPRECHT, Christoph et al. *Teologia prática no contexto da América Latina*. São Leopoldo: Sinodal; São Paulo: ASTE, 1998.

_____. *Como acompanhar doentes*. São Leopoldo: Sinodal, 1994.

SILVA, Lucineide; PAIVA, Mirian Santo. Vulnerabilidade ao HIV/AIDS entre homens e mulheres com mais de 50 anos. In: VII CONGRESSO VIRTUAL HIV/AIDS: o VIH/SIDA na Criança e no Idoso. Salvador. Disponível em: <http://www.aidscongress.net/Modules/WebC_Docs/GetDocument.aspx?DocumentId=242>. Acesso em: 23 abr. 2012.

SILVA, Luna Rodrigues Freitas. Da velhice à terceira idade: o percurso histórico das identidades atreladas ao processo de envelhecimento. *História, Ciências, Saúde*, Rio de Janeiro, v. 15, n. 1, p. 155-168, jan./mar. 2008. Disponível em: <<http://www.scielosp.org/pdf/hcsm/v15n1/09.pdf>>. Acesso em: 28 abr. 2012.

SIMÕES, Regina. *Corporeidade e terceira idade: a marginalização do corpo idoso*. Piracicaba: UNIMEP, 1994.

SONTAG, Susan. *Doença como metáfora: AIDS e suas metáforas*. São Paulo: Companhia de Bolso, 2007.

STRECK, Valburga Schmiedt; ADAM, Júlio César. Ritos e práticas pastorais em tempos de mudança: uma reflexão a partir da liturgia e do Aconselhamento Pastoral. *Estudos Teológicos*, São Leopoldo, v. 51, n. 2, p. 319-333, jul./dez. 2011.

STRECK, Valburga Schmiedt. *As contribuições da terapia estrutural de famílias e da terapia narrativa para o aconselhamento pastoral com famílias multiproblemáticas de*

baixos recursos. 1997. 399 f. Tese (Doutorado em Teologia) – Programa de Pós-Graduação em Teologia, Escola Superior de Teologia, São Leopoldo, 1998.

_____. Família e escola: em busca de condições de empoderamento. *Ciências Sociais Unisinos*, São Leopoldo, v. 37, n. 158, 2001.

TRASFERETTI, José Antônio; LIMA, Livia Ribeiro. *Teologia, sexualidade e AIDS*. Aparecida: Santuário, 2009.

UNICEF. Disponível em: <http://www.unicef.org/brazil/pt/activities_10153.htm>. Acesso em: 19 nov. 2011.

VAN DYK, Alta C. *HIV/AIDS care and counseling: a multidisciplinary approach*. 4th ed. Cape Town: Pearson Education, 2008.

VASCONCELOS, Isabel; SALDANHA, Ana Alayde Werba. Vulnerabilidade ao HIV na velhice: riscos, prevenção e tratamento. In: IX CONGRESSO VIRTUAL HIV/AIDS: A Infecção VIH e o Direito. Disponível em: <http://www.aidscongress.net/Modules/WebC_AidsCongress/CommunicationHTML.aspx?Mid=38&CommID=386>. Acesso em: 19 maio 2012.

VERAS, Renato Peixoto. O Brasil envelhecido e o preconceito social. In: VERAS, Renato (Org.). *Terceira idade: alternativas para uma sociedade em transição*. Rio de Janeiro: CRDE/UERJ/UnATI, 1999.

VIEIRA, Ana Cristina de Souza. Determinantes sociais da saúde e AIDS na realidade brasileira. In: ROCHA, Solange; VIEIRA, Ana Cristina de Souza; SOARES, Raquel Cavalcante. *Desafios à vida: desigualdades e HIV/AIDS no Brasil e na África do Sul*. Recife: UFPE, 2011.

VILLELA, Wilza; NILO, Alessandra. A epidemia do HIV/AIDS e as políticas públicas de saúde sexual e reprodutiva: um estudo em 16 países. In: ROCHA, Solange; VIEIRA, Ana Cristina de Souza; SOARES, Raquel Cavalcante. *Desafios à vida: desigualdades e HIV/AIDS no Brasil e na África do Sul*. Recife: UFPE, 2011.

WARD, Erdwina. Escutar com o coração: o significado da presença no aconselhamento pastoral. *Estudos Teológicos*, São Leopoldo, v. 51, n. 2, p. 334-344, jul./dez. 2011.

YAMAÇAKE, Alexandre; SANTOS, Naila Janilde Seabra; FIGUEIREDO, Regina (Orgs.). *Conjugalidades e prevenção às DST/AIDS*. São Paulo: SES, 2010. Disponível em: <<http://www.isaude.sp.gov.br/smartsitephp/media/isaude/file/conjugalidades.pdf>>. Acesso em: 13 abr. 2012.

ZIEMER, Jürgen. *Seelsorgelehre: Eine Einführung für Studium und Praxis*. 3. Auflage. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht, 2008.