

ESCOLA SUPERIOR DE TEOLOGIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM TEOLOGIA

DEMÉTRIO FÉLIX BELTRÃO DA SILVA

PROCESSOS DE LUTO EM PESSOAS COM HIV/AIDS: UMA ABORDAGEM
PSICOLÓGICA, SOCIAL E TEOLOGICA

São Leopoldo

2012

DEMÉTRIO FÉLIX BELTRÃO DA SILVA

PROCESSOS DE LUTO EM PESSOAS COM HIV/AIDS: UMA ABORDAGEM
PSICOLÓGICA, SOCIAL E TEOLÓGICA

Trabalho Final de
Mestrado Profissional
Para obtenção do grau de
Mestre em Teologia
Escola Superior de
Teologia Programa de
Pós-Graduação
Linha de Pesquisa:
HIV/AIDS

Orientadora: Valburga Schmiedt Streck

Segundo Avaliador: André Sidnei Musskopf

São Leopoldo

2012

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

S586p Silva, Demétrio Félix Beltrão da
Processos de luto em pessoas com HIV/AIDS : uma
abordagem psicológica, social e teológica / Demétrio Félix
Beltrão da Silva ; orientadora Valburga Streck. – São
Leopoldo : EST/PPG, 2013.
64 f. ; il. ; 30 cm.

Dissertação (mestrado) – Escola Superior de Teologia.
Programa de Pós-Graduação. Mestrado em Teologia. São
Leopoldo, 2013.

1. AIDS (Doença) – Aspectos religiosos. 2. AIDS
(Doença) – Aspectos psicológicos. 3. AIDS (Doença) –
Aspectos sociais. I. Streck, Valburga Schmiedt. II. Título.

Ficha elaborada pela Biblioteca da EST

DEMÉTRIO FÉLIX BELTRÃO DA SILVA

PROCESSOS DE LUTO EM PESSOAS COM HIV/AIDS: UMA ABORDAGEM
PSICOLÓGICA, SOCIAL E TEOLÓGICA

Trabalho Final de
Mestrado Profissional
Para obtenção do grau de
Mestre em Teologia
Escola Superior de
Teologia Programa de
Pós-Graduação
Linha de Pesquisa:
HIV/AIDS

Data:

Orientadora: Valburga Schmiedt Streck - Doutora em Teologia - Escola
Superior de Teologia

Segundo avaliador: André Sidnei Musskopf – Doutor em Teologia – Escola
Superior de Teologia

Dedico este trabalho a todas as pessoas que passam pela provação de viver com o vírus HIV/AIDS, a capacidade impar em conseguir a superação a cada dia mesmo com as adversidades impostas pelo cotidiano. A singularidade da fé que essas pessoas conseguem viver é exemplo para minha construção enquanto aconselhador e ser humano.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus por ser presente em minha vida a todo o momento, por me orientar nas minhas escolhas, por ter me dado uma família tão linda quanto a sua misericórdia.

Aos meus pais Ivanete e Arnaldo, por me educarem sempre em cima da palavra de Deus, obrigado pela paciência e por sempre terem me incentivado respeitando as minhas verdades, e sendo facilitadores no meu processo de educação.

Em memória dos meus familiares que foram morar na casa de Deus. Meu muito obrigado. Minha querida avó Francisca, meus avôs Manuel e Edmundo, minha prima Gisele e tia Lucileia.

Aos meus amigos que me proporcionaram momentos de compreensão quando sempre precisei. Aos meus irmãos, Augusto, Barbara, Camila, Wandermon, Arnaldo Junior, Lucas, Tarcila e Manuel pelos momentos de irmandade e sinceridade.

Obrigado ao Padre Vivente Gregório pela paciência e por ter me incentivado a buscar o mestrado, e pelas palavras de apoio. Ao Muniz por pelas boas conversas e caminhadas até a faculdade.

Um agradecimento especial à Igreja da Suécia por acreditar no meu potencial proporcionando uma bolsa de estudos, e pela brilhante iniciativa em ter um olhar sensível para as pessoas que vivem com HIV/AIDS. Agradeço aos meus colegas de mestrado por compartilhar conhecimentos e dúvidas nesse processo de construção. Obrigado a todos os professores, em especial a minha orientadora professora Valburga Streck pela paciência e dedicação comigo.

E por fim a minha amada e linda esposa por ser o braço direito na minha vida, pela confiança e, sobretudo pelo amor intenso que demonstra sentir por mim, e obrigado por ter me dado o maior presente da minha vida, a Maria Eduarda, fruto do nosso amor.

Por traz do olhar do outro há uma consciência que me olha. Sou através do olhar do outro, mas sou visto como objeto desse olhar que o outro olha e julga. Daí as relações serem conflitivas. Se o homem é condenado a ser livre, por outro lado, as libertações não se comunicam. Assim a relação originária sujeito-sujeito permanece com uma relação sujeito-objeto (...). Ou bem eu assimilo o outro (Pelo “amor”, pelo utilitarismo, por insegurança, por falta de sentido próprio), ou bem eu sou objetivado por ele (indiferença, ódio, manipulação, desejo de posse). O ideal de amor consistira no empenho em estabelecer uma unidade com o outro, uma espécie de fusão de consciências, cada uma delas conservando a sua própria alteridade. Mas para Sartre o amor não supera a contingencia, o fato de que as consciências estão separadas por um nada invencível. Os amantes continuam mantendo-se apegados a uma subjetividade solipsista, o que alimenta o ciclo vicioso: a relação sujeito objeto tal intersubjetividade reverte à relação objeto sujeito.

(Tereza Cristina Erthal)

RESUMO

A pesquisa busca trabalhar questões relacionadas aos processos vivenciados por uma pessoa que vive com HIV/AIDS, o surgimento do luto e a necessidade de um acolhimento livre de preconceitos, a importância que a religião e a teologia possuem nesse processo adaptativo para que a pessoa consiga a superação dentro dos padrões sugeridos pelo processo da resiliência. Nesse sentido, o papel social aliado a questões psicológicas e teológicas surgem como parâmetros que devem se articular para que o processo de estigmatização possa ser cada vez mais resignificado facilitando assim busca do sentido pela fé, o que pode proporcionar um fator permanente no seu processo construtivo enquanto pessoa. A tentativa de explorar o sentido da fé, respeitando as verdades das pessoas que convivem com o vírus, para que as mesmas possam ser aceitas dentro dos padrões que adequem os seus significados.

Palavras – chave: HIV/AIDS. Religião. Luto. Fé.

ABSTRACT

The research aims to address issues related to the processes experienced by a person living with HIV/AIDS, the emergence of grief and the need of an unprejudiced reception, the importance of religion and theology on this adaptive process so the person will be able to overcome within the standard suggested by the process of resilience. In this sense, the social role combined with psychological and theological issues appear as parameters that must be articulated so the stigmatization process can be increasingly redefined thereby facilitating the search for meaning through faith, which can provide a permanent factor in their constructive process as a person. The attempt to explore the meaning of faith, respecting the truths of people living with the virus so that they can be accepted within the standards that suit their meanings.

Key-words: HIV/AIDS. Religion. Grief. Faith.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	9
1. ASPECTOS BIOPSIKOSSOCIAIS EM PACIENTES SOROPOSITIVOS ATRAVÉS DA EXPERIÊNCIA PRÁTICA	12
1.1 Incidência do HIV/AIDS na cidade de Parnaíba – PI	12
1.2 Relato da Prática Clínica.....	17
1.3 Relatos da Prática Pastoral da IGAR.....	23
2. ASPECTOS DO LUTO VIVENCIADOS PELOS PACIENTES SOROPOSITIVOS	30
2.1. Lutos e Crises enfrentados pelos pacientes na perspectiva social e psicológica	30
2.2. Estágios do Luto.	34
2.3. Influência Social e Familiar Diante das Reações de Luto do indivíduo Soropositivo.....	39
3. O SIGNIFICADO DA RELIGIOSIDADE NO PROCESSO DE LUTO EM PACIENTES COM HIV/AIDS E AS IMPLICAÇÕES PARA A PRÁTICA DA PASTORAL DA AIDS	45
3.1.O papel da religião.	45
3.2.Tarefas que auxiliam e dificultam a resiliência.	49
3.3.O aconselhamento pastoral em momentos de crise.	53
CONCLUSÃO	59
REFERÊNCIAS	61

INTRODUÇÃO

A investigação tem como material a busca de um sentido psicológico, social e religioso nos processos de elaboração do luto em indivíduos soropositivos. A sociedade hoje impulsiona o ser humano a determinadas influências marcadas preponderantemente dentro de um contexto seletivo, onde a definição de uma personalidade marcante deve ser aquela que segue os rumos impostos pela mesma, e uma adequação às sanções psicológicas e religiosas. Quando há uma fuga desses padrões ideais, acontece uma “quebra” de preceitos, ocorrendo assim um isolamento social e, em muitos casos, religioso. Neste sentido, a busca de um significado na vida de uma pessoa soropositivo é marcada por uma fragilidade psicológica, a partir do momento em que ela necessita elaborar sucessivas perdas na busca de uma adequação na sociedade.

A possibilidade em trabalhar os aspectos de perdas no sistema que estamos inseridos, proporciona uma reflexão nas pessoas que não escolhem perder, elas simplesmente perdem, sem ter condições ou tempo para estruturar tais conteúdos. As reações morais que pregam uma conduta exemplar estabelecem padrões de comportamentos que culminam na associação da prática delituosa de uma infidelidade, ou promiscuidade diante do método sexual. A tentativa de homogeneizar padrões de pensamentos impede que a individualidade que define o ser humano, possa ser colocada em prática, afinal de contas o que nos define não são imposições, mas sim a capacidade de interpretá-las dentro de um parâmetro que condiz com a singularidade de cada um.

Ao considerarmos o contexto que envolve a temática HIV/AIDS, percebemos que a tendência cômoda em apontar erros, ou rotular as pessoas, fica mais evidenciada com o surgimento dos primeiros casos positivos no mundo. Logo surgiram colocações precipitadas que ainda hoje permanecem no contexto social, talvez esse “terrorismo moral” fosse um direcionamento para explicar as consequências da transgressão do pecado na humanidade.

Neste sentido, a formulação de procedimentos que venham reestruturar a vida de pessoas que passam por esses processos de perdas, vem a reforçar

a pedagogia cristã posto que aqueles que buscam nas igrejas a oportunidade de uma orientação sistêmica podem encontrar o sentido real de sua existência. Entretanto, as tensões alimentadas no processo de exclusão social podem interferir na intenção de quem pretende estruturar o imaginário social através da solidariedade e da aceitação do indivíduo soropositivo.

O sofrimento é condizente com a estrutura psíquica na qual o indivíduo soropositivo encontra-se. Os abalos ocasionados pelas sucessivas perdas por ser uma pessoa que vive com HIV/AIDS, proporciona o surgimento de uma conjuntura que transparece doenças psicossomáticas. Ao encorajar alguém a conseguir superar os obstáculos que aparecem no decorrer da enfermidade, temos que estar cientes que tal processo depende de uma série de conjunturas que englobam algo além do sentido encontrado por essa pessoa a lidar com suas adversidades. Aceitar o embate contra a AIDS é entender que ao aceitar essa “luta” o indivíduo passará por uma série de provações que podem o tornar sempre motivado a experienciar situações de superação diária, como podem deprimi-lo ao ponto de ficar cada vez mais frustrado para progredir seu estado fisiológico e espiritual.

A prática pastoral encontra uma base dentro da teologia, mas a parceria necessária para conduzir a sua complementação esbarra nas imposições sociais que exclui o sujeito soropositivo. As resistências sociais, e em alguns casos da própria igreja, acometem o surgimento de padrões que podem desestruturar a busca por uma consideração positiva frente à espiritualidade que se torna um fator indispensável para o processo de superação através da resiliência.

O nosso comportamento direciona condutas frente à visão que caracteriza a nossa personalidade, mas a grande dificuldade em relacionar o HIV/AIDS como mais uma doença crônica, como um diabetes, por exemplo, pode continuar despertando o “fantasma” que limita o surgimento da doença apenas para alguns grupos como homossexuais, prostitutas e pessoas infiéis.

Para que o desenvolvimento psicológico e espiritual seja cultivado, é preciso que o acolhimento por parte de toda a rede que integra o bem estar do indivíduo soropositivo. As correntes teológicas e religiosas possuem um papel

tão significativo, que pode proporcionar a recomposição não apenas da vida da pessoa que vive com HIV/AIDS, mas a construção dessas correntes em cima de uma adaptação plausível que condiz com todas as concepções solidárias propostas pelas mesmas, ressaltando o ser humano fundamentando o olhar cuidadoso, e eliminando sentimentos de impotência, frustração e desespero que podem surgir a partir do diagnóstico positivo para o vírus.

Os cuidados que associamos na pesquisa propiciam a fundamentação coletiva em prol da individualidade do tratamento de enfermo com HIV/AIDS. Habitualmente direcionam-se o tratamento em busca de uma finalidade que pode problematizar a situação, prejudicando uma adesão saudável ao tratamento. A estratégia sugerida é de ver o ser humano como um ser que deve ser valorizado em sua totalidade, abrindo perspectivas que o possibilitem acabar com a vulnerabilidade psíquica e espiritual através de um acolhimento intensivo e contínuo, dentro de uma visão que amplie o sentido da fé dessa pessoa.

A AIDS continua sendo um tema desafiador para a ciência, teologia e sociedade. As diversas interpretações sobre o tema dividem essas três vertentes, mas a esperança de que as relações entre elas mudem, alimenta a expectativa de uma sociedade mais justa, livre de tabus que direcionam comportamentos e atitudes, para que o diálogo aproxime a busca por uma conduta mais solidária, otimizando a dinâmica de ganhos e perdas durante o processo da busca resiliente. As pessoas precisam de um pluralismo de ideias que possam direcionar suas condutas diante da enfermidade, essa associação não depende exclusivamente do potencial criativo das pessoas para superar as adversidades, mas também de tudo aquilo que a constrói como pessoa.

1 ASPECTOS BIOPSIKOSSOCIAIS EM PACIENTES SOROPOSITIVOS ATRAVÉS DA EXPERIÊNCIA PRÁTICA.

1.1 Incidência do HIV/AIDS na cidade de Parnaíba – PI.

O município de Parnaíba localiza-se no norte do Piauí, com uma população de 145.705 mil habitantes, e tem uma área de 436 Km².¹ É a segunda maior cidade do estado, sendo superada apenas por Teresina em número de habitantes. O serviço de saúde para combater e prevenir o HIV/AIDS no município é feito pelo SAE (Serviço de Assistência Especializada), através de testes dos testes Elisa e Western blot, que detectam anticorpos que o corpo produz após a infecção, o órgão é administrado pelo município através da secretaria municipal de saúde. O SAE tem como objetivo trabalhar de maneira integral buscando sempre uma qualidade de vida digna para os usuários do serviço dentro de uma proposta de assistência, prevenção e tratamento. A unidade é vinculada a Secretaria Municipal de Saúde desde 2007, quando foi municipalizado pela prefeitura, antes o vínculo era com o governo de estado. Possui prédio próprio adaptado para atendimento do SAE, é credenciado junto ao SUS e atua dentro de uma política vinculada ao Departamento de DST, AIDS e Hepatites Virais, que promove qualidade de vida aos pacientes.

O desenvolvimento do serviço depende das articulações que existem entre o serviço de saúde e seus usuários, para isso cada profissional passa por cursos de capacitação que proporcionam uma atualização do programa. Pelo menos duas vezes ao ano, parte da equipe participa de congressos e conferências relacionado ao tema HIV/AIDS. Os profissionais que viajam para esses eventos produzem artigos científicos relacionando com algum tema que é trabalhado no município.

Muitas pessoas procuram o serviço em busca de compreensão, para esclarecer dúvidas e acima de tudo, com o objetivo de tentar resgatar sua dignidade. Nesse momento de acolhida é importante que os orientadores

¹IBGE: Cidades. Disponível

em:<<http://www.ibge.gov.br/cidadesat/painel/painel.php?codmun=220770>> acesso em: 02/06/2012.

possam respeitar os limites dessas pessoas nesse difícil momento. O serviço também desenvolve testes para o diagnóstico de doenças como sífilis e hepatites virais B e C, através de um aconselhamento pré e pós-teste com uma equipe multidisciplinar composta por psicólogos, enfermeiros, técnicos de enfermagem, médicos, assistentes sociais, bioquímicos, pedagogos, recepcionistas, digitadores e coordenação, além da equipe de suporte composta por vigias, recepcionistas e auxiliares de serviços gerais. O número de atendimentos diários na instituição tem uma média de 30 acolhimentos. O horário de funcionamento da instituição é de 08:00 às 13:00 hs, de segunda a sexta feira. O serviço é aberto para pessoas que são encaminhadas por serviços de saúde, ou livre demanda.

Assim como na maioria das cidades do Brasil, Parnaíba também possui ONGs que buscam lutar contra o preconceito de pessoas que convivem com o HIV/AIDS. As que fazem parceiras como serviço são: Arco-íris do Delta, Guará e APROSPA (Associação de profissionais do sexo de Parnaíba). Todas elas participam de eventos coordenados pelo SAE nas campanhas de prevenção. A APROSPA, principal parceira do serviço, faz um trabalho de distribuições de preservativos em prostíbulo e oficinas de sexo seguro com as garotas de programa, onde se debate também temas como drogas e gravidez.

Os dados mais recentes sobre o índice de PVHA (Pessoa vivendo com HIV/AIDS) é de 28 casos positivos em 2011, e de 17 em 2012². A grande maioria são de pessoas que buscam o serviço por prevenção. Até o momento, de acordo com a secretária municipal de saúde, o CTA atente 52 mulheres e 95 homens soropositivos. Embora a maior procura seja de mulheres que fazem o acompanhamento pré-natal, apenas cinco casos deram positivos nos últimos dois anos. O suporte social e a facilidade na terapia podem explicar o baixo índice de mulheres que foram infectadas, pois elas tendem a aceitar com mais precisão as orientações feitas pelo serviço, enquanto muitos homens tem resistência em aceitar métodos de prevenção por não gostarem de usar preservativos.³

² Dados retirados do Relatório estatístico anual de exames por motivo da procura do município de Parnaíba – PI, nos anos de 2011 e 2012.

³ Dados retirados das fichas de anamnésia feitas durante o acolhimento do serviço.

O município possui um número de 150 casos registrados desde o início do funcionamento do SAE em 1996 quando ainda se chamava COAS (Centro de Orientação e Apoio Sorológico). O número relativamente baixo do número de casos, esta associado à adesão dos usuários ao serviço proposto pela secretaria de saúde do município, e pela equipe do SAE através de atividade realizadas em escolas, postos de saúde e toda a rede integrada com outros serviços da cidade, como os CAPS (Centro de Atenção Psicossocial), CRAS (Centro de Referência em Assistência Social) e o NASF (Núcleo de Apoio a Saúde da Família).

As campanhas para conscientizar a população em Parnaíba giram em torno dos trabalhos vinculados à campanha do Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais bem como atividades dentro da realidade do município, trazendo um enfoque com um público alvo no decorrer dos meses. As campanhas mais impactantes são focadas nos períodos festivos, como o carnaval e as festas de final de ano. Segundo o Ministério da Saúde, A campanha de 2001, por exemplo, foi direcionada às mulheres na faixa etária de 15 a 24 anos, das classes C, D e E. Esse recorte de público é resultado da análise de dados epidemiológicos que apontam a feminização da epidemia, com maior atenção à faixa etária de 13 a 19 anos, em que existem oito casos em meninos para cada 10 em meninas⁴.

Assim como na grande parte do país, varias pessoas possuem uma ideia equivocada a cerca do HIV/AIDS, muitos ainda possuem dúvidas a respeito do contágio do vírus, e também sobre os métodos de prevenção. A cultura sobre o vírus perpassa pelo imaginário do início dos anos 80 quando o diagnóstico era visto como uma espécie de “cheque pré-datado”, com dia e hora para morrer. Apesar das campanhas e das orientações do SAE, as pessoas ainda possuem uma visão distorcida, e certa resistência em aceitar essa endemia como parte da sociedade. As campanhas no município procuram vincular a luta feita pela medicina, ONG's, programas de saúde e igrejas, especialmente a católica, no combate frente endemia. Nos últimos anos, jovens e idosos tem sido o público alvo das campanhas, pois percebeu-se que a

⁴Departamento de DST, AIDS e Hepatites Virais. **Portal sobre AIDS, doenças sexualmente transmissíveis e hepatites virais.** Disponível em <<http://www.aids.gov.br/campanha/carnaval-2011>> acesso no dia: 03/06/2012.

procura dessas pessoas cresceu nos últimos anos dentro do serviço segundo o Ministério da Saúde. “Na sala escura da boate gay e nos encontros marcados após o baile da terceira idade, os homens brasileiros de todas as idades e orientações sexuais têm deixado a camisinha de lado e, por isso, crescido nas estatísticas da AIDS”⁵.

As ações desenvolvidas nos mais variados setores da saúde pública no Brasil, gira em torno de algo mais técnico e prático. O processo de humanização visa dar dignidade ao paciente onde ambos possam refletir sobre o seu papel na construção de uma saúde mais ampla, que evite rótulos e processos de sanções. Quando os Serviços de Assistência Especializada foram implantados, houve uma preocupação em dar um acolhimento com uma equipe multiprofissional para conciliar assistência médica com aconselhamento pré e pós teste, buscado esclarecer o papel de cada um no tratamento. A humanização aqui colocada, em muitos casos, é freada pela falta de conhecimento da sociedade civil, e de um planejamento que operacionalize a resolutividade para mobilizar os serviços de referência.

A visão social perante o conceito de saúde, também passa ser um fator preponderante para uma ressignificação de normas contínuas que veja o bem estar do indivíduo com padrões adaptados para que o mesmo visualize o seu papel na melhoria da saúde pública adotando comportamentos construtivos que foque conceitos na esfera biopsicossocial. Entretanto a aplicabilidade do conceito de saúde depende de uma integração das redes de serviços, para que possibilite a prática sustentável de saúde dentro de um padrão que englobe questões sociais, espirituais, psíquicas, físicas e econômicas.

O controle social, no sistema de saúde brasileiro, fala em direito e dever da sociedade de participar do debate e da decisão sobre a formulação, execução e avaliação da política nacional de saúde. Entretanto percebemos que essa integração esbarra no preconceito formulado por décadas sobre a temática HIV/AIDS. O papel de constatar a realidade e de produzir sentidos, no caso da saúde, pertence tanto ao SUS como às instituições formadoras de

⁵ARNADA, Fernanda. **Homens deixam camisinha de lado e crescem nas estatísticas do HIV**. Disponível em http://www.direitoshumanos.etc.br/index.php?option=com_content&view=article&id=12448:cre-sce-o-contagio-da-aids-entre-jovens-gays-e-idosos&catid=45:direito-a-saude&Itemid=226 acesso em: 19/11/2012,

suas profissões. Talvez o investimento na capacitação dos profissionais ainda seja falha, mas isso depende de como cada estado vê a questão social e profissional sobre o HIV/AIDS. O modo como se estruturam e são gerenciados os processos de trabalho configuram “um dos grandes nós críticos” das propostas que apostam na mudança do modelo assistencial em saúde no Brasil. O trabalho técnico, mas de uma complexidade maior, o ideal seriam que todos pudessem trabalhar numa educação permanente sobre a saúde, em especial sobre HIV/AIDS. O processo construtivo de evolução deve ser feito com todas as agências formadoras de opinião, no sentido de direcionar essa aprendizagem significativa, promovendo e produzindo sentidos complementando a integralidade do serviço, para se ter uma noção mais abrangente sobre o serviço humanizado.

Uma das condições para um funcionamento adequado para a política de saúde pública no Brasil, gira em torno do processo de formação dos profissionais que irão exercer a sua profissão junto à população. Algumas pessoas inseridas nos programas federais não sabem ao certo o manejo ideal para que a sua atuação seja um complemento da integralidade do atendimento. A problematização do processo e da qualidade de trabalho volta-se ainda para o setor terciário da saúde o que de certa forma dificulta condições de atendimentos pautados dentro das necessidades primárias que necessitam os usuários dos serviços como o SAE e outros.

A tentativa de formar condições para o esclarecimento social, ainda é insuficiente para abranger toda a população que usufrui do serviço de saúde, pois o modelo emergencial pautado nos antigos modelos de saúde ainda reflete no imaginário social. A estrutura assistencial ainda é muito vigente, e ao mesmo tempo cômoda para o modelo de gestão de alguns municípios brasileiros, pois a execução mecânica do serviço, e ausência dos sintomas relacionados à doença passa uma eficiência utópica para a sociedade que em muitos casos, conforma-se com a simplicidade do processo, relacionando assim a saúde apenas como algo fisiológico, apesar de sabermos que o sentido de saúde esteja pautado para uma vigência que vigora a esfera biopsicossocial.

No sentido de contribuir com o município, e seus portadores, o serviço descentraliza o atendimento para acolher usuários de outros serviços. atendimentos em presídios e em centros de reabilitações são sugeridos, e o SAE realiza um trabalho de integração com as redes do município para proporcionar uma maior integração entre os serviços, e principalmente esclarecer e quebrar “tabus” sobre o tema HIV/AIDS, já que alguns serviços de saúde ainda desconhecem a dinâmica do trabalho do SAE.

Desta forma podemos perceber que a contextualização da saúde em qualquer lugar do Brasil, gira em torno de uma coletividade que não se restringe apenas a participação do estado, mas da participação multidisciplinar dos órgãos que formam a saúde. As diferenças de ações nas mais diversas áreas de atuação tornam-se semelhantes quando buscam um caminho que gira em torno do bem estar social, alavancando desta forma a dignidade ética e moral das políticas públicas. Entretanto não devemos esquecer-nos da participação social, pois ela rege os princípios que resistem ao processo de fragmentação da saúde.

A intensidade do engajamento social traz respostas conscientes dos acontecimentos e fatos que a mesma produz para a legitimação de qualquer causa que produza um significado. As respostas sociais mostram a real avaliação dos serviços públicos, a maneira como se faz saúde hoje só se faz possível devido à possibilidade de análises críticas, para que o espaço de embates gere um entendimento de aspectos relevantes para a construção de uma política verdadeiramente democrática que evolua para o enfrentamento e controle de epidemias, evitando assim um adoecimento moral e prático da saúde. Essa configuração significa uma construção de novos paradigmas para uma realidade almejada.

Devemos falar da visão contemporânea sobre saúde, mas devemos levar em conta não a categorização da mesma, e sim vê-la como um todo, levando o ponto de vista biopsicossocial do sujeito. Talvez uma fragmentação seja plausível do ponto de vista da epidemiologia, mas corremos o risco de rotularmos determinadas situações que levam alguém, como no caso do indivíduo soropositivo, a levar uma série de estigmatizações junto com o diagnóstico de HIV.

Portanto a atenção básica deve buscar a atenção integral e de qualidade, a resolutividade e o fortalecimento da autonomia das pessoas no cuidado à saúde, estabelecendo articulação orgânica com o conjunto da rede de serviços, estabelecendo a significação dos processos de formação pelas necessidades sociais em saúde.

1.2 Relato da Prática Clínica.

Quando se busca entender a dinâmica pessoal de qualquer sujeito, devemos ter em mente que a sua procura está relacionada a alguma angústia. Devemos ter cautela e conhecimento para exercer um papel empático a partir de uma escuta que transmita uma atenção completa, e que conduza segurança ao indivíduo que relata seus problemas. Ao exercer o papel de psicólogo no acompanhamento com pacientes soropositivos, pude notar a existência de um desabafo perante o momento que eles vivenciam. Perguntas, dúvidas, certezas e incertezas misturam-se com sentimentos de ambivalência, ao se depararem com a realidade impactante do diagnóstico, além de se defrontar diante de uma sociedade que se esconde por trás de um fato utópico onde a mesma impõe limites, mas não tem participação ativa para quebrar preconceitos formulados há mais de três décadas.

O psicólogo busca oferecer formas simples de apoio psicológico (breve) ao paciente e a seus familiares, proporcionando aos mesmos meios psicológicos para vivenciarem as particularidades ligadas ao preconceito e à expectativa da morte associada à AIDS.⁶ É importante que a atmosfera do ambiente onde ambos estão inseridos possa proporcionar condições adequadas para que os procedimentos interventivos sejam feitos da maneira mais condizente possível. Uma das ferramentas utilizadas pelo psicólogo é a entrevista no momento do acolhimento. Ela nos dá condições para que detalhes possam ser colhidos, onde os mesmos irão facilitar futuras intervenções no momento de uma terapia. Esse diálogo proporciona o direcionamento de uma sessão.

⁶ SILVA; Carla Glenda. Serviço de Assistência especializada (SAE): Uma experiência profissional. **Psicologia Ciência e Profissão**, 2007, 27^o ed.p. 160.

De fato, uma entrevista de ajuda pode ser realizada em quase todos os lugares, mas em geral imaginamos que aconteça numa sala. Nunca fui capaz de dizer a alguém como deveria ser o aspecto da sala. A única coisa que posso afirmar é que não deve parecer ameaçadora, ser barulhenta ou provocar distrações. O que nela se encontra, dela faz parte, e o entrevistado se adaptará a isso. Em circunstâncias normais, nada que faça parte do equipamento do entrevistador profissional precisa ser escondido.⁷

Em certos momentos da sessão os conteúdos a serem trabalhados dependem do vínculo estabelecido durante a entrevista inicial, e a impressão que ela causou em ambos no início do processo terapêutico. Quando direcionamos as intervenções dentro de um parâmetro focal, como no caso do HIV/AIDS, pretendemos criar um vínculo que propicie o entendimento de emoções que são expressas sem o uso da palavra. Nossos gestos têm muito significados; da mesma forma que nossos olhares e a maneira como nos mexemos em nossa cadeira. Da mesma forma que as palavras, o silêncio também tem significado.⁸ É preciso ter sensibilidade suficiente para considerar esses padrões de comportamento que podem emergir durante o processo de terapia, ou aconselhamento.

O valor do uso de serviço do SAE possibilita o despertar de um senso de responsabilidade para o direcionamento de um atendimento não seja ao acaso, mas com um a finalidade que amplie uma postura mais ética e humanitária nos serviços. A ênfase no trabalho em cima das equipes de referência, tendência uma abordagem dentro de um padrão que enxergue a necessidade de atendimento para o paciente, numa vertente horizontalizada englobando, inclusive, a elaboração de projetos terapêuticos dentro de um propósito que explore tudo aquilo que cerca o sujeito, como família e sociedade.

Apesar de todo o conhecimento científico que se tem sobre a doença, além do acesso universal ao tratamento e dos benefícios sociais conquistados, as PVHA ainda sofrem preconceitos na família, nos grupos sociais e nos serviços de assistenciais. Muitas se isolam em vista das dificuldades de iniciar novos relacionamentos afetivos, sociais e sexuais, bem como compartilhar o diagnóstico positivo, com medo de serem rejeitadas. Aquelas que se encorajam na retomada dos seus projetos de vida não raro vivenciam conflitos e situações de

⁷ BENJAMIN, Alfred. **A entrevista de ajuda**. São Paulo: Martins Fontes, 2008, p. 21.

⁸ BENJAMIN, 2008, p. 146.

constrangimento, vulnerabilidade e desrespeito aos seus direitos de cidadania.⁹

Pessoas que convivem com o vírus HIV, ainda são vistas com certa resistência por alguns profissionais de saúde, sendo que em muitos casos esses portadores necessitam não apenas de um atendimento burocrático, e sim de dignidade para que sua essência continue fazendo parte da sua individualidade, e não de preconceitos impostos por outras pessoas.

O processo terapêutico torna-se profundo quando se consegue adentrar nos traumas ocasionados pelas sucessivas perdas. A autenticidade da fala do terapeuta e do cliente proporciona não apenas o vínculo necessário para o processo ocorra, mas dá subsídios para que a hostilidade ocasionada pelo processo de exclusão social familiar e religiosa seja cada vez mais superada. Nesses anos como aconselhador pude perceber a desestruturação que impedem o bem estar psíquico e espiritual dessas pessoas. As gerações se sucedem, e o estigma continua presente por mais que as informações contradigam a tendência excludente por parte das pessoas.

Sabemos que o início de um sofrimento implica em um conjunto de fatores que nos leva a buscar respostas plausíveis para o que se sente. Os questionamentos surgem, às vezes, dentro de conteúdos evasivos que norteiam as reflexões do aconselhador. Muitas vezes tento entender o motivo pelo qual uma pessoa passa por tanto sofrimento, e a resposta não é plausível para todos, mas traz uma mensagem que me proporciona uma visão mais condizente com a realidade, a de que o sofrimento nos aproxima de Deus e por mais que não nos sentimos amparado pelos outros, devemos usar a sabedoria humana para que a desintegração do sofrimento nos proporcione a reconciliação consigo mesmo, a vida torna-se um aprendizado e entender o que ela significa vai além da tentativa de entender o por que de tanto sofrimento que somos submetidos.

⁹ BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância Sanitária. Departamento de DST, AIDS e Hepatites Virais. **Atenção em saúde mental nos serviços especializados em DST' AIDS**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012, p. 12.

A revelação do teste de HIV já é por si algo impactante, a pessoa vivencia uma angustia que não para de crescer quando o processo de exclusão social e religiosa está presente em sua vida, em muitos casos o indivíduo se sente um ator social quando vê a obrigatoriedade de comportar-se de varias maneiras, dependendo do lugar e das pessoas com quem convive, para não sentir-se excluído. Quem está psicologicamente desamparado e fisicamente ameaçado por um vírus que ceifa a vida, tem direito a uma acolhida beneficente por parte de profissionais e merece a solidariedade dos que o rodeiam. “Assim, o atendimento ao enfermo da AIDS é regido pelo principio da solidariedade que compreende os princípios bioéticos da beneficencia/não-maleficencia e da justiça”¹⁰.

O relato de alguns pacientes traz uma ênfase sobre os estigmas religiosos. A sensação de “ruptura” dos padrões bíblicos, os leva a viver a margem de uma culpabilidade que gera uma vulnerabilidade pessoal, por trazer dúvidas quanto ao apoio que sua religião pode lhe oferecer, já que a ideia sobre a contaminação pelo HIV, ainda está associada ao pecado.

A essência da terapia é (...) ajudar a pessoa a descobrir as profundezas do seu próprio ser e expressá-lo em símbolos dotados de sentido vital. (...) Linguagem religiosa viva realmente tem o seu lugar (...) linguagem que acolhe e expressa experiências vitais com que a pessoa está se batendo¹¹.

Algumas ações de caráter preventivo e combate a discriminação são feitos na cidade de Parnaíba – Pi, mas ainda insuficiente para que o impacto social seja suficiente para que todos possam aderir a essa realidade.

A compreensão do espaço político no qual a psicologia está inserida, o SUS, envolve a própria compreensão que o psicólogo tem sobre o sistema (o “espaço”) e sua atuação na saúde [...] necessitando que ele procure uma compreensão mais contextualizada com o campo no qual ele está inserido, acrescentado conhecimentos relativo ao “espaço” no qual estabelece relações, incluindo o político. (MAZZA; IPIRANGA, 2003, p 106)¹².

¹⁰ JUNGES, José Roque. **Bioética: perspectivas e desafios**. São Leopoldo: Ed. UNISINOS, 1999. p.197-198

¹¹ WISE, Carroll. **Pastoral Psychotherapy**. New York, Jason Aronson, 1980, p. XXII.

¹² Centro de Referência Técnica em Psicologia e Políticas Públicas (CREPOP). **Referências técnicas para a atuação do (a) psicólogo (a) nos Programas de DST e AIDS**. Conselho Federal de Psicologia (CFP) – Brasília, CFP, 2008, p. 19.

A compressão empática é o pilar do encontro terapêutico. Possibilita a percepção do sentido concreto e vivencial do mundo pessoal que o cliente se atribui, permitindo a compreensão molar de seu discurso. Não há uma análise reflexiva ou mediações lógicas, mas a percepção sintética e imediata do vivido pelo cliente.¹³ Ao relatar suas angústias, muitos pacientes tentam entender como irá ficar a relação consigo mesmo, a fuga da realidade no primeiro momento, fica evidenciada pelo silêncio que ecoa na sala, como se ele estivesse dando um tempo para formular respostas para sua reestruturação interna. O olhar para cima, as perguntas e o choro são comportamentos comuns na revelação do diagnóstico. Os processos de mediação para a compreensão do indivíduo é feita dentro da perspectiva da terapia existencial, com enfoque na Gestalt terapia, que procura visualizar o indivíduo como um ser capaz de desenvolver seu potencial quando consegue entrar em contato consigo mesmo, ela busca compreender as respostas adaptativas do indivíduo a partir de uma realidade que se transforma no contato que ele busca no decorrer da sua construção como ser atuante e decisivo, na tentativa de redescobrir o seu potencial.

Sendo o ser humano criador do seu mundo e de si (ultrapassagem da contituição), esta abordagem procura compreendê-lo na base dessa verdade. O objetivo é detectar os padrões comportamentais para chegar ao projeto original pelo qual o indivíduo se faz uma pessoa. O indivíduo se define por seu projeto, por ser capaz de fazer e desfazer o que fizeram dele. Mas essa ultrapassagem também pode ser uma preservação: age com os gestos aprendidos de que deseja afastar-se.¹⁴

A sensação de perda da liberdade, e a redução de sua identidade a um vírus, ficam evidenciadas pelo medo de exclusão por parte da sociedade, família e religião. Após uma criteriosa escuta sobre a fala do paciente, alguns métodos de intervenção são importantes para diminuir o grau de ansiedade vivenciado pelo indivíduo, acima de tudo é importante respeitar o limite do paciente dentro das suas verdades e princípios, e não fazer com que as verdades do terapeuta virem às verdades do paciente, pois em muitos casos na tentativa em querer ver a pessoa bem, muitos psicólogos acabam forçando

¹³ ERTHAL, Tereza Cristina Saldanha. **Treinamento em Psicoterapia Vivencial**. Ed. Livro Pleno, 2004, p. 33.

¹⁴ ERTHAL, 2004, p. 27.

a construção de conceitos que os pacientes não estão prontos para assumir pelo fato de não estarem estruturados psicologicamente para enfrentar os vários momentos de turbulência, daí a importância em ser um facilitador com uma escuta sensível respeitando o momento do indivíduo. O objetivo da ciência psicológica é possibilitar o autoconhecimento para que a pessoa perceba o seu potencial, e a sua capacidade se expressar diante de uma adversidade. A terapia ajuda o cliente a aceitar os riscos e responsabilidades de suas decisões e, acima de tudo, aceitar a liberdade de ser capaz de usar suas próprias possibilidades de existir¹⁵.

Para não sermos um peso para o outro os outros precisam de uma boa medida de equilíbrio psíquico¹⁶. O sentimento de impotência nos primeiros momentos traz um desconforto com a sua própria existência. Ao indagar alguns pacientes sobre perspectivas, muitos falam que não possuem forças para lutar, e que de fato sentem-se como se todos os julgarem. A terapia busca o equilíbrio necessário para que a adaptação dessa etapa seja cada vez menos complexo, mas para isso além do esforço do sujeito, o terapeuta precisa respeitar o limite existencial vivenciado pelo paciente nesse momento tão complexo. A terapia é feita em partes e vai amadurecendo quando os estímulos proporcionados passam surgir do cliente, colocando suas angústias e necessidades.

Existe uma possibilidade real de que, em consequência de nossa descrição mútua, a percepção de um ou de ambos venha a modificar-se.¹⁷ O sentido de mudança aqui sugerido, é o de permitir que o processo de construção da personalidade seja a segurança que afaste as ameaças impostas pelo meio externo. A terapia amplia a discussão que coopera para que os atos reflexivos possam ficar evidenciados o suficiente para que possamos tomar consciência da possibilidade de autoafirmação seja uma pretensão intencional, e não imposta pelo aconselhador ou terapeuta.

1.3 Relatos da Prática Pastoral da IGAR.

¹⁵ ERTHAL, 2004, p. 30

¹⁶ LUKAS, Elizabeth. **Psicologia espiritual**. São Paulo: Paulus, 2002, p. 150.

¹⁷ BENJAMIN, Alfred. **A entrevista de ajuda**. São Paulo: Martins Fortes, 2008, p. 126.

O embate sobre métodos de prevenção e adesão sobre o HIV/AIDS tem sido feito com bastante veemência nos últimos anos, e o assunto chegou às instituições religiosas. Na tentativa de entender o surgimento da doença, surgiram varias explicações, mas o aguardado posicionamento das igrejas era fundamental para que pudesse existir um redirecionamento da fé das pessoas infectadas.

Na tradição judaico-cristã, uma das matrizes religiosas predominantes na realidade brasileira, prevaleceu uma concepção teológica sacerdotal oriunda do século IV a.C., na qual as purezas e impurezas do corpo manifestavam a bênção ou castigo de Deus. A despeito de não ser essa a única concepção teológica veiculada na Bíblia sobre saúde e doença, foi essa a que prevaleceu em sintonia com outros simbolismos culturais e religiosos de outras matrizes. Há que se constatar uma expressiva e predominante visão do cristianismo, explícita e fortemente propagada na Idade Média, que vinculava a concepção de pecado com a punição divina e, em correlação, a doença a um castigo divino¹⁸.

Do total de pessoas infectadas no mundo com o HIV/AIDS, aproximadamente 25% é atendida por alguma instituição da Igreja Católica, o que a converte na instituição mais importante em nível mundial neste tema. Esta porcentagem aumenta no caso da África, onde a Igreja cuida de quase 50% dos afetados por este flagelo.¹⁹As tentativas de ajuda, não dependem apenas de ações, mas de atitudes que visem o bem estar coletivo e individual das pessoas que vivem com HIV. Para isso é preciso, acima de tudo, trabalhar a espiritualidade da sociedade que ainda projeta no indivíduo soropositivo sanções que ecoam durante sua vida. Os preceitos religiosos consideram o indivíduo como um todo, dotado de valores e instancias essenciais para que as possibilidades adaptativas sejam respeitadas, permitindo que a pessoa goze do seu padrão que o define como ser humano provido de valores internos, razões e emoções. De acordo com o Pe. Michael Czerny²⁰, “Dado que o HIV e a AIDS não é somente uma infecção ou doença, mas também um problema pessoal, familiar, social e espiritual, o que a Igreja pode fazer e o que efetivamente faz

¹⁸ SAMPAIO, Tania Maria Vieira. **AIDS e Religião: aproximações ao tema**. UNIMEP. 2002. P. 22

¹⁹ Comissão Arquidiocesana de Bioética e Defesa da Vida. **Igreja Católica é a instituição que mais ajuda os doentes de AIDS no mundo** Disponível em <<http://www.promotoresdavid.org.br/noticias/434-igreja-catolica-e-a-instituicao-que-mais-ajuda-os-doentes-de-aids-no-mundo>> acesso em: 07/09/2012.

²⁰ Fundador da Rede Jesuíta para luta contra a AIDS na África.

que me orgulha é acolher às pessoas de maneira integral, considerando sua dimensão psicológica e espiritual, basicamente, e não só no nível médico²¹, explica.

No decorrer dos anos, a Igreja Católica tem ampliado os serviços com um trabalho voltado numa série de diretrizes para médicos, enfermeiros e outros profissionais de saúde católicos sobre os cuidados com pessoas com HIV e AIDS.²² Entretanto, a resistência em trabalhar o preservativo como método de prevenção tem gerado uma série de mal estar no mundo religioso. Questões como a monogamia e a abstinência, ainda são vistos como métodos mais eficazes para evitar a transmissão do HIV, e sua consequente proliferação no mundo segundo as crenças do catolicismo. Entretanto, uma declaração do Papa Bento XVI foi bem vista por ativistas quando ele diz que “em certas situações” o uso de camisinha é aceitável. “A declaração reconhece que um comportamento sexual responsável e o uso de preservativos têm um papel importante na prevenção do HIV”, disse o diretor-executivo do UNAIDS, Michael Sidibe.²³ A fala do papa pode proporcionar uma abertura de um diálogo que desencadeei um debate sobre os modelos implantados na América do Sul, África e Ásia, descentralizando o tema, e ampliando uma perspectiva mais realista sobre a problematização do assunto.

Os fiéis se veem de “mãos atadas” ao ter que praticar mandamentos difíceis numa sociedade cada vez mais sexualizada. E quem tem o HIV não revela sua condição, por medo do estigma.²⁴ O potencial desempenhado pela igreja, talvez seja mal direcionado na tentativa de colocar um conceito dinâmico para refletir a mudança de mentalidade que estejam voltados comunidades e lideranças, as percepções da dinâmica social devem estar voltados à

²¹ ACIDIGITAL. **Igreja Católica é a instituição que mais ajuda os doentes de AIDS no mundo.** Disponível em <http://www.acidigital.com/noticia.php?id=20749> acesso em: 07/09/2012.

²² Departamento de DST, AIDS e Hepatite Virais. **Vaticano fará conferência sobre prevenção da aids.** Disponível em < <http://www.aids.gov.br/noticia/vaticano-fara-conferencia-sobre-prevencao-da-aids>> acesso em: 07/09/2012.

²³ BBC Brasil. **Declaração de papa sobre camisinha é bem recebida por ativistas.** Disponível

<http://www.bbc.co.uk/portuguese/noticias/2010/11/101121_paparepercussao_is.shtml> acesso em 07/09/2012,

²⁴ IRIN. **Religião e HIV: do castigo divino aos braços abertos.** Disponível em <http://www.irinnews.org/pdf/pn/Suplemento PlusNews No5 Outubro 2008.pdf> acessado no dia 07/09/2012.

problemática que o meio social convive, para que não haja nenhum julgamento precipitado.

Os debates sobre a aceitação ou não do uso de preservativo passa a ser significativo para na tentativa de aproximar os fieis católicos, soropositivos ou não, dentro da sua fé. A reflexão que fica em situações como esta, é a de que o homem social deve se compreender para exercer sua espiritualidade em prol do próximo, a questão não é preencher as atitudes dentro de uma pseudoempatia, mas alcançar sua plenitude com algo transcendental onde às pessoas possam de fato sentir o que fato somos preparados para ser: solidários.

Está claro que, na pregação de Jesus, o amor fica construído como critério tanto da piedade quanto do comportamento. A capacidade de amar, que é uma característica universal para definir uma pessoa sã, converte-se não só em um guia para a promoção do comportamento, mas também em um sinal que caracteriza os seguidores de Jesus: “Nisto conheceram todos que sois meus discípulos se tiveres amor uns para com os outros” (João 13.35)²⁵

A perspectiva da igreja para transformar o pensamento existente na sociedade, ainda requer uma abertura da mesma para um diálogo que perpassa pelo caráter flexível da instituição, as transformações que vem acontecendo com o passar dos anos, não devem permitir uma visão voltada para um dogmatismo que freia a construção de uma ideologia adquirida com as experiências que muitos portadores do vírus HIV conseguiram estabelecer com o passar dos anos. A moralidade social e a religião devem vislumbrar algo maior do que conceitos voltados para uma repressão baseada em julgamentos precipitados, sem uma fundamentação que permita a ideia que foque a individualidade humana, pois cada vez mais precisamos construir uma consciência que estruture a autoestima que possa unir, finalmente, a pacificação interna tão almejada por quem sofre na busca por esperança.

A visão social perante o conceito de saúde, também passa ser um fator preponderante para uma ressignificação de normas continuas que veja o bem estar do indivíduo com padrões adaptados para que o mesmo visualize o seu

²⁵ HOCH, Lothar Carlos e Thomas Heimann. **Aconselhamento pastoral e espiritualidade/** São Leopoldo/EST: Sinodal, 2008.

papel na melhoria da saúde pública adotando comportamentos construtivos que foque conceitos na esfera biopsicossocial. Para isso a igreja deve edificar a vida na fé, enfocando esperança nas atitudes construtivas de seus fieis para que o sentido da vida possa continuar existindo.

É impossível para a igreja dizer que as transformações não existem, ou não acontecem, agora, para a Igreja é diferente dizer que isto é permitido, do que ela mesma dizer que as transformações não existem. A Igreja reconhece as transformações e as mudanças, se não reconhecesse, seria ignorância.²⁶

A Igreja Católica não poderá deixar de fazer parte deste diálogo e, como formadora de opinião, também tem o dever ético e moral acerca deste assunto.²⁷ Muitas igrejas surgiram, e isso tende a influenciar o processo de “reciclagem” sobre alguns paradigmas. A igreja Católica Romana não apenas perdeu sua hegemonia com a entrada de outras igrejas e religiões, mas a sua relação com o catolicismo popular se manteve, e se mantém cheia de conflitos e contradições.²⁸ O verdadeiro sentido do caminho para encontrar a essência da fé, em cima da verdade dos seus fieis, fundamenta-se nas atitudes por parte da igreja para que ela prolifere um diálogo voltado para o pós-modernismo social, a falta de discurso e abertura pode aumentar o alastramento do vírus HIV, e causar uma lentidão que compromete a adaptação das instituições católicas a uma realidade cada vez mais progressiva.

A linguagem religiosa do nosso país é, pois, uma linguagem da relação e da ligação. Um idioma que busca o meio – termo, o meio caminho, a possibilidade de salvar todo o mundo e de em todos os locais encontrar alguma coisa boa e digna. Uma linguagem, de fato, que permite a um povo destituído de tudo, que não consegue comunicar-se com seus representantes legais, falar, ser ouvido e receber os deuses em seu próprio corpo²⁹.

A origem de qualquer pensamento que rege o imaginário social tende a ser desenvolvido em cima daquilo que é mais cômodo para a mesma. Ao carregar a cruz da estigmatização, o indivíduo soropositivo passa a ser uma

²⁶ TRANSFERETTI, José. **Família e AIDS: comunicação, conscientização e saúde**/ José Trasferetti. – Campinas, SP: Editora Átomo, 2002, p. 29.

²⁷ TRANSFERETTI, 2002. P. 83.

²⁸ MUSSKOPF, André Sidnei. **Via(da)gens Teológicas: itinerários para uma teologia que no Brasil**. São Paulo: Fonte Editorial, 2012. Pág. 119.

²⁹ DAMATTA, Roberto. **O que faz o Brasil Brasil?** Rio de Janeiro: Rocco, 1984, p.117.

espécie de fronteira da glória, e a manifestação das fraquezas que faz parte de todo ser humano, entretanto a transfiguração do que oportuniza a aproximação do embate teológico, é pouco evidenciada deixando cada vez mais a vulnerabilidade enraizada no contexto social e religioso. As estratégias de muitas religiões ainda é associar o vírus HIV com o pecado, isso freia a busca de um conhecimento espiritual que aproxime o indivíduo soropositivo da sua fé. A imagem de um Deus não misericordioso traz uma ressignificação negativa diante da sua própria autoimagem, o papel da religião é fazer com que o sujeito molde a sua realidade dentro de um parâmetro que ressignifique a sua construção pessoal a partir de perspectivas sustentadas pela fé.

As reflexões sobre o tradicionalismo religioso pode traduzir uma ideia de pouca interação com o meio social, mas as respostas religiosas trabalham em prol da mudança dessas relações. Não é novidade ver padres e bispos defendendo o tradicionalismo, pois eles acreditam que a banalização do sexo pode quebrar preceitos éticos sobre o valor humano. Dom Eugéne Rixen, bispo de Goiás, dizia que “a igreja tem a respeito da sexualidade uma visão mais global, que integra a sexualidade dentro de um projeto de vida da pessoa”.³⁰ A posição polemica sobre os temas considerados “tabus” na sociedade como sexualidade e homossexualidade podem ocasionar resultados pessimistas sobre o embate, a tensão ocasionada incorpora experiências específicas sobre o tema e que amplia as concepções preventivas e potencializa a legitimidade das instituições religiosas sobre a adesão necessária.

A igreja prega uma mensagem clara sobre a sexualidade, moral e fé. Entretanto não se pode negar que mesmo baseada em cima de tradicionalismos, ela vem apoiando causas frente ao HIV e devemos considerar também que esse processo de compreensão diante da endemia não é uma tarefa fácil para uma instituição milenar que sempre foi a favor do comportamento moral e responsável, claro que isso não pode ser a explicação mais plausível diante de um problema que está evidenciado há mais de 30 anos, a instituição deve realizar sempre a comunicação social explanando o lado humano e misericordioso da igreja. A exigência por um diálogo mais

³⁰ TRASFERETTI, 2003, p.78.

aberto requer uma revisão daquilo que ela defende, o envolvimento não é simplesmente ser contra ou a favor de algo, o fato de ser uma agência controladora mostra a responsabilidade que ela possui ante aos seus fiéis. Adotar um posicionamento diante do HIV/AIDS, no mundo pós-moderno, coloca a igreja num posicionamento que mostre um respeito solidário com o tema, e não necessariamente que ela esteja concordando. Talvez seja esse o fator preponderante para que o discurso seja mais pragmático, e menos estigmatizante.

Os passos da igreja parecem diferentes dos passos da sociedade. Enquanto na sociedade atual tudo parece estar numa velocidade mil e tecnológica, a igreja está em passos lentos. Por isso, Pe. Mansur lembra que os teólogos devem estar sempre orientando a igreja e reescrevendo os fenômenos sociais, como uma indicação para melhoramento de atitudes e posturas religiosas.³¹

A espiritualidade colocada nos textos bíblicos remete a uma reflexão de conquistas em todas as esferas da vida, sem estar necessariamente presos a questões dogmáticas que impedem o caráter interpretativo do sentido espiritual. Um olhar sensível e empático gera um crescimento pessoal e da própria religião, a valorização das instituições religiosas não gira em torno apenas de um parâmetro que nos induz a um comportamento, mas na valorização do ser humano como pessoa, onde ele possa pensar e refletir para que seus conteúdos internos, fundamentais nas escolhas e decisões, possam reger seus princípios pessoais e espirituais em prol do seu processo evolutivo. A criação de qualquer costume dentro de um preceito religioso depende do caráter de inovação, que possibilite uma finalidade para o que vai ser adquirido.

A origem de qualquer pensamento que rege o imaginário social tende a ser desenvolvido em cima daquilo que é mais cômodo para a mesma. Ao carregar a cruz das estigmatização, o indivíduo soropositivo passa a ser uma espécie de fronteira da glória, e a manifestação das fraquezas que faz parte de todo ser humano, entretanto a transfiguração do que oportuniza a aproximação do embate teológico, é pouco evidenciada deixando cada vez mais a vulnerabilidade enraizada no contexto social e religioso.

³¹ TRASFERETTI, 2003, p. 84.

Estando o ser humano aberto a si mesmo, aos outros e ao próprio Deus, a psicologia poderá auxiliar a Teologia pastoral na compreensão das profundezas do humano. Jesus não se envergonhou de nossa humanidade, antes a assumiu plenamente e a exaltou sobremaneira quando ressuscitou. Humano assim só poderia ser Deus, diria Leonardo Boff. E mesmo quando o ser humano passa por sombras, crises e fracassos, lá onde há vícios e escravidão precisamos recorrer a Cristo para que ele exerça seu senhorio e faça novas todas às coisas. A fé não proporciona necessariamente uma cura sobre o HIV/AIDS, mas a ampliação de sua perspectiva para buscar autoconfiança, permite que a visão negativista seja menos impactante sobre os problemas vivenciados. Nesse caso, a prioridade individual da fé surge do próprio indivíduo. É a Igreja comprometida para que a vida prevaleça, segundo o ensinamento de Jesus: “Eu vim para que todos tenham vida”.³²

A Igreja não pode permanecer indiferente à realidade da AIDS, e durante todos esses anos, ocorreram diferentes debates tentando definir a atitude que a Igreja deve ter diante dessa problemática. Algumas igrejas têm reagido de forma negativa, rejeitando pessoas afetadas e infectadas pelo vírus HIV, apresentando o argumento que interpreta esses fatos como o cumprimento dos últimos tempos, condenando assim o “pecador”. Outras igrejas, por outro lado, assumiram uma postura de solidariedade, acompanhando, cuidando e respeitando essas pessoas.³³

³² PASTORAL DE DST/AIDS – CNBB. Disponível em: <<http://www.pastoralids.org.br/quemsomos.php>> acesso em: 27/11/2012.

³³ KOINONIA Presença Ecumênica e Serviço. **AIDS E IGREJAS: um convite à ação. Povo de Deus: uma família que acolhe.** Rio de Janeiro: Timbre Comunicação e pesquisa, 2001. Pág. 18.

2 ASPECTOS DO LUTO VIVENCIADOS PELOS PACIENTES SOROPOSITIVOS

2.1 Lutos e Crises enfrentados pelos pacientes na perspectiva social e psicológica.

“A criação geme e sofre até agora, esperando a manifestação dos filhos e filhas de Deus”³⁴

O termo exclusão social teve origem na França e, no modo francês de classificação social, neste caso, especificamente relacionado com pessoas ou grupos desfavorecidos. O sociólogo francês Robert Castel (1990), definiu a exclusão social como o ponto máximo atingível no decurso da marginalização, sendo este, um processo no qual o indivíduo se vai progressivamente afastando da sociedade através de rupturas consecutivas com a mesma.³⁵ Os fatores que ligam o indivíduo a uma sociedade pluralizada em termos de valores, passam por definições de conflitos sobre o que realmente tem importância para a mesma. O sistema capitalista nos ensina uma cultura de ganhos, sem levar em consideração os processos de perdas que rompem com o ideal social imposto pelo mesmo.

O capitalismo na verdade desenraiza e brutaliza a todos, exclui a todos. Na sociedade capitalista essa é uma regra estruturante: todos nós, em vários momentos de nossa vida, e de diferentes modos, dolorosos ou não, fomos desenraizados e excluídos. A sociedade capitalista desenraiza, exclui para incluir, segundo suas próprias regras, segundo sua própria lógica.³⁶

O ser humano se defronta com circunstâncias adversas, mudanças subitas, perdas significativas e ameaças alarmantes que põe à prova a nossa saúde, o equilíbrio emocional e as nossas relações. Em muitos casos a mera convivência humana pode acarretar crises.³⁷ As relações de exclusão, e sua dura realidade, fazem com que a busca de alternativas para a superação de

³⁴Rm, 8, 19.

³⁵CASTEL, Robert. **Exclusão social**. Disponível em: <http://pt.wikipedia.org/wiki/Exclusao_social>. Acesso em: 22 de Abril 2011.

³⁶ MARTINS, José de Souza. **Exclusão social e a nova desigualdade**. São Paulo: Paulus, 1997, p. 32.

³⁷ SANTOS, Hugo N.; HOCH, Lothar Carlos. **Dimensões do cuidado e aconselhamento pastoral: contribuições a partir da América Latina e do Caribe**. São Paulo: ASTE, São Leopoldo CETELA 2008, p.155.

obstáculos coloque o sujeito em uma construção criativa na tentativa de adaptar-se a uma realidade imposta por costumes e crenças que fogem do imaginário cristão. Se acreditarmos que Deus é comunhão de pessoas divinas, a sua imagem e semelhança só pode ser visualizada na comunhão de pessoas humanas.

Por isso, a luta contra toda forma de opressão e exclusão que nega a vida e a filiação divina às pessoas, é construção de uma sociedade nova e de uma igreja re-inventada; é conquista de homens e mulheres: terra, casa, comida, solidariedade, alegria; é esperança de realização da utopia, quando, enfim, Deus será tudo em todos.³⁸

A reflexão sobre a valorização da personalidade de uma pessoa nos remete a um pensamento, que talvez vá de encontro com as fontes psicológicas que subsidiam o caráter da sobrevivência em sociedade. O que de fato nos torna alguém socialmente válido? São os valores morais e comportamentais adquiridos durante todo o processo de construção pessoal, ou o rótulo imposto por pessoas que julgam sem considerar o que somos de fato? A personalidade inclui vários atributos de uma pessoa, o total ou um conjunto de características que vão além das qualidades físicas superficiais, a palavra também engloba uma série de qualidades sociais e emocionais subjetivas – as quais talvez não possamos ver diretamente – que uma pessoa pode tentar esconder de nós ou que podemos tentar esconder dos outros.³⁹ Essa tentativa de adaptação frente ao momento que cada indivíduo soropositivo carrega, pode causar uma dificuldade de uma percepção eficiente da realidade inserida, quando os processos de exclusão social e familiar estão presentes na vida dessa pessoa, pois os aspectos mutáveis da situação e a interação entre eles deveriam ser levados em consideração para proporcionar uma explicação completa da natureza humana.⁴⁰

A estigmatização social oferece ao indivíduo soropositivo uma constante batalha para que a sua valorização seja uma meta nessa luta travada com os

³⁸ MOREIRA, José Roberto. **Uma igreja e uma sociedade sem exclusões**: a Festa das Tendências na diocese de Lages / José Roberto Moreira; orientador Wilhelm Wachholz. – São Leopoldo: EST/PPG, 2010, p.56.

³⁹ P. Schltz, Duane. **Teorias da Personalidade**/ Duane P. Schultz, Sydney Ellen Schultz; trad. De Eliane Kanner, revisão técnica de Maria Helena Leal de Barros Berkens. – São Paulo: Pioneira Thomson Learning, 2004, p. 08.

⁴⁰ P. Schltz, Duane, 2004, p. 09.

paradigmas sociais. O preconceito e a discriminação contra as pessoas vivendo com HIV/AIDS são as maiores barreiras no combate à epidemia, ao adequado apoio, à assistência e ao tratamento da AIDS e ao seu diagnóstico. Os estigmas são desencadeados por motivos que incluem a falta de conhecimento, mitos e medos⁴¹.

A epidemia tem se universalizado. Diz respeito a todos, dado que todos somos vulneráveis: “portanto, nada de heróis – vítimas, nada de vilões; não há nós – eles; simplesmente nós. E aí está a chave para desmitologizar o pacote da AIDS: aqueles que sofrem de AIDS não são nem inocentes em um mundo de feras, nem pervertidos num jardim de infância. Eles são apenas nós. Nossos irmãos e irmãs. Envolvidos, como nós estamos, nos ciclos de lidar com a morte e ser apanhados pela morte”⁴².

O embate a cerca do tema abrange a sociedade como um todo, o envolvimento com a situação deve proporcionar uma maior visualização sobre o tema, e uma sensibilização social. Não basta saber que devemos fazer algo, a ação diante do problema é que faz a diferença, caso contrário uma tendência de desvalorização da própria vida pode emergir, somado ao luto vivenciado pelas suas perdas. De qualquer forma, se este enfermo não se autodestroi acaba sendo destruído por preconceitos, prejuízos, condutas quase sempre desastrosas e não condizentes, por causa de intolerância, discriminações, abandonos, desprezos, temores infundados e maus tratos.⁴³

É comum durante o processo de estigmatização social, o surgimento de questões relacionadas ao luto, podendo ser colocada aqui como uma tristeza profunda causada por um desgosto⁴⁴. A busca por uma paz interna reflete na busca efetiva por uma perspectiva de vida mais justa com os princípios e verdades do indivíduo. O que se percebe é que pessoas com autoestima

⁴¹TACCHINI. Sistema Integrado de saúde. **AIDS x Preconceito**. 2008. Disponível em <<http://www.tacchini.com.br/conteudo.php?url=aids-x-preconceito>> acesso em: 07/10/2012.

⁴²J. ALISON. AIDS como lugar de revelação, em: ASMANN, Hugo (ed.) **René Girard com teólogos da libertação: um diálogo entre ídolos e sacrifícios**. Petrópolis: Vozes, 1991, p. 300.

⁴³BONO, Ernesto. AIDS, quem perde, quem ganha, uma história mal contada. Porto Alegre: Rigel, 1999. p. 12.

⁴⁴RIBEIRO, Sergio. **A origem do luto**. 2010. Disponível em: <<http://oespiritodaverdade.blogspot.com.br/2010/01/origem-do-luto.html>> acesso em: 07/10/2012.

comprometida estão mais vulneráveis. Pessoas que não se importam com a vida também não tem elementos para se proteger contra a AIDS⁴⁵.

O problema da exclusão social pressupõe antes de tudo a existência de “eleitos”. Um grupo com características consideradas dominantes e que tem seus valores e comportamentos aceitos pela maioria. Esses traços, com o tempo, a partir de certa hegemonia e identidade, acabam adquirindo a função de “normas”, ou seja, possuir as mesmas características, compartilhar os mesmos valores e ter as mesmas crenças torna-se o esperado para todas as pessoas que fazem parte do grupo. As pessoas que, por características biológicas, culturais, sanitárias ou mesmo por rebeldia ou qualquer outro motivo não se adaptarem aos padrões, tendem a adquirir a condição de excluídas.⁴⁶

O potencial humano para buscar forças, na tentativa de resignificar sua própria existência gira em torno da resiliência, pois a partir da mesma o indivíduo consegue se posicionar dentro de uma circunstância social que propicie uma readaptação dentro das verdades do indivíduo, e não de princípios impostos pelos outros, haja vista que tais imposições tiram a autenticidade de uma pessoa, e ela passa a viver em cima de parâmetros que nem sempre condiz com suas estruturas internas. As imposições diante da enfermidade acabam por levar imbuídas com o diagnóstico uma série de rótulos que ocasionam perdas reais e simbólicas na vida do indivíduo soropositivo, as vivências atribuem uma morte social que tira a dignidade de alguém simplesmente por ser considerado “inválido” socialmente.

Um indivíduo ansioso que está amarrado, preocupando-se sobre a discrepância entre o eu atual e o eu ideal, não pode liberar energia para trabalhar para reduzir a discrepância e não pode atingir a autorealização.⁴⁷ As associações colocadas nos levam a crer que a questão existencialista sobre o vírus HIV perdura dentro de um questionamento individual que tende a ser distorcido quando a capacidade de refletir diante da problemática sobre a doença externaliza a dramaticidade da sua vida. O luto nesse sentido

⁴⁵ PASTORAL DE DST/AIDS - CNBB. **Igreja e AIDS: Presença e Resposta**. Porto Alegre. Editora São Miguel. 2004, p. 21.

⁴⁶ FERREIRA, Cláudio Vital de Lima. **AIDS e exclusão social: um estudo clínico com pacientes com HIV**. São Paulo: Lemos Editorial, 2003, p.52.

⁴⁷ HOLMES, David S. **Psicologia dos transtornos mentais**, Porto Alegre: Artes Médicas, 1997, p. 111.

transgride a superficialidade da questão, e emerge uma concepção moral sobre as questões da natureza humana desse indivíduo.

O desejo de olhar de frente para os problemas do luto e do enlutamento, em lugar de voltar às costas para eles, é a chave para um trabalho bem sucedido com o luto.⁴⁸ Enfrentar a realidade da perda proporciona a possibilidade de adaptação frente a um problema. Quando não vislumbramos as perdas como uma possibilidade de adaptação diante do sofrimento, podemos potencializar nossas angustias. Mas o sofrimento individual e coletivo ocorre atualmente num contexto cultural modificado. Resta perguntar se as reflexões da época veterotestamentária sobre causas, objetivos e superação do sofrimento ainda podem ser aproveitadas na situação de hoje.⁴⁹

A pessoa infectada pelo HIV ou com AIDS, a partir do momento que recebe o diagnóstico, ou mesmo antes da realização do exame anti-HIV, vivencia diversos lutos pelos limites impostos, pelas perdas emocionais, sociais e da própria condição física. Estes lutos nem sempre são passíveis de elaboração intrapsíquica, que depende dos recursos emocionais, da possibilidade de receber ajuda psicológica e também do tempo decorrido entre o diagnóstico e o desenvolvimento de AIDS.⁵⁰

Os padrões de associações diante das perdas implicam na visualização ampla da situação. As pessoas enlutadas frequentemente queixam-se de que não estavam preparadas para aquilo que se poderia traduzir com: “Por que ninguém me avisou que eu me sentiria tão mal (ou cansado, ou exausto)?”⁵¹ A necessidade de uma busca para elaborar a dor de uma perda, quer seja real ou simbólica, vai depender do sentido atribuído a essa experiência traumática. Esses sintomas diminuem quando pouco a pouco a realidade da perda pode ser aceita e a pessoa muito lentamente reconstrói seu mundo interno.⁵²

⁴⁸ PARKERS, Colin Murray. **Luto: estudos sobre perda na vida adulta**. São Paulo: Summus Editorial, 1998, p. 245.

⁴⁹ GESTENBERG, Erhard S. **Por que sofrer? O sofrimento na perspectiva bíblica**. São Leopoldo: Sinodal, 2007. p.102.

⁵⁰ CAMPOS, Shirley. **Como caracterizar o luto vivido pelos pacientes infectados pelo HIV**, 2004. Disponível em: <<http://www.drashirleydecampos.com.br/noticias/11436>> acesso em: 27/11/2012.

⁵¹ PINCUS, Lily. **A família e a morte: como enfrentar o luto**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1989, p. 103.

⁵² PINCUS, 1989,p.105.

Cada vez mais vemos a necessidade em articular estratégias que girem em torno do indivíduo como um todo. A visão limitada de algo verticalizado impede o processo adaptativo, e necessário, para que os acolhimentos sejam cada vez mais humanizados. Essa tendência acaba por afastar as relações saudáveis para que haja um crescimento dentro de uma realidade ao qual estamos inseridos, os dispositivos para uma pastoral que inove essa relação combinam uma estruturação que reforce os valores subjetivos, agregando uma sensibilização que não limite a comunicação construtiva das relações entre fieis e pastorais.

2.2 Estágios do Luto.

A experiência clínica possibilita um olhar sucinto nos diferentes tipos de relatos reproduzidos pelos indivíduos soropositivos. Muitos adentram numa espécie de sofrimento, que necessitam de intervenções precisas para que suas angustias sejam minimizadas. Ao realizar algum tipo de aconselhamento, ou processo terapêutico, é importante identificar algumas etapas, ou estágios, que essas pessoas vem passando. Elizabeth Kübler-Ross propõe uma descrição do processo de luto e perda categorizando-os em cinco estágios pelo qual as pessoas passam ao lidar com a morte e o morrer. Os estágios são: negação, raiva, barganha, depressão e aceitação. Nem todos os pacientes passam sequencialmente por todas estas fases⁵³. Podem existir temas comuns, como raiva, a culpa, a depressão ou a inquietação, mas eles podem não surgir em um sequencia estabelecida.⁵⁴

A realidade de uma possível perda após um diagnóstico reagente para HIV/AIDS, evidencia uma descrição do processo do luto nesses pacientes. A visão psicanalítica, representada por na abordagem de Bowlby, e dominante por várias décadas, defende que a falta de um sofrimento aberto deve indicar uma repressão ou negação significativas de sentimentos dolorosos.⁵⁵ As condições pelas quais o luto deveria existir somam-se com os estigmas que dificultam a supressão do luto de maneira natural, já que a evidencia do

⁵³Ponto de Equilíbrio. **Os cinco Estágios do luto.** Disponível em <<http://pontoterapeutico.blogspot.com.br/2010/06/os-cinco-estagio-do-luto.html>> acesso em: 06/10/2012.

⁵⁴ BEE, Helen. **O ciclo vital.** Porto Alegre: Artmed, 1997, p. 602.

⁵⁵ BEE, 1997, p. 603.

sofrimento, mesmo após certo período, mostra um “fracasso” em conseguir superar adequadamente o luto.

O primeiro estágio seria o da negação e do isolamento. Nesse momento, o paciente nega sua doença ou a gravidade de seu quadro. A negação por vezes cumpre a função de um aliviar o sentimento que entra em ação com o choque da notícia sobre a doença, diante desse quadro a percepção de uma busca para reestruturação psicológica nesse momento passa a ser importante para que o sujeito perceba o impacto de uma notícia tão importante.

A maioria dos pacientes não se serve da negação por muito tempo. Podem conversar rapidamente sobre a realidade de seu estado e, de repente, demonstrar incapacidade de continuar encarando o fato realisticamente. Como sabemos, então, quando um paciente não quer mais enfrentar a situação? Ele pode falar sobre assuntos importantes para sua vida, pode comunicar ideias fantásticas acerca da morte ou da vida depois da morte (uma negação em si), só para mudar de assunto minutos mais tarde, quase contradizendo o que dissera antes. Ouvi-lo nesse momento é comparável a ouvir um paciente que sofre de pequeno mal-estar, nada tão sério que ameace sua vida⁵⁶.

Em determinados casos, alguns pacientes conseguem elaborar rapidamente a notícia do diagnóstico, sem negar o resultado, por de certa forma, saberem do risco ao qual se submeteram ao realizar um ato sexual sem preservativo. Já houve relatos de pacientes que realizar o teste apenas para saber o que já desconfiavam⁵⁷.

O segundo estágio, o da ira, é caracterizado pela revolta, inveja e ressentimento. Sua mais clara manifestação se dá com o questionamento: por que eu? Nesta fase, a pessoa é bastante hostil com quem quer que esteja por perto. Durante essa etapa, percebe-se também a presença de alguns mecanismos de defesa, como o deslocamento e a projeção.⁵⁸

O deslocamento caracteriza-se por deslocar alguns impulsos agressivos para uma pessoa ou objeto. O objeto original do impulso agressivo é

⁵⁶ KÜBLER-ROSS, Elisabeth. **Sobre a morte e o morrer**. São Paulo: Martins Fontes, 2008, p.46.

⁵⁷ Os relatos de todos os pacientes são mantidos em sigilo pela instituição CTA/SAE de Parnaíba, a autorização de dados sigilosos não é permitida, a não ser que o paciente permita.

⁵⁸ O conceito de mecanismo de defesa foi elaborado por Freud para explicar as estratégias que ego utiliza para se defender das ansiedades provocadas por alguns conflitos.

substituído por outro que não é uma ameaça.⁵⁹ Percebe-se essa defesa quando o paciente direciona sua raiva para um membro da família, sendo que esse sentimento teve origem no dia em que a pessoa foi contaminada. Na projeção, os impulsos lascivos, agressivos e impulsos inaceitáveis são vistos como de outros indivíduos.⁶⁰ Esse mecanismo fica evidenciado quando o sujeito sente raiva do aconselhador, mas diz que o aconselhador é que sente raiva dele.

“Não, não é verdade, isso não pode acontecer comigo!”. Se for esta nossa primeira reação diante de uma notícia catastrófica, uma nova reação deve substituí-la quando finalmente formos atingidos: “Pois é, é comigo, não foi engano.” Felizmente, ou infelizmente, são poucos os paciente capazes de criar um mundo de faz-de-conta onde permaneçam dispostos e com saúde.⁶¹

Os doentes podem sentir-se zangados porque vão morrer. No caso do doente com SIDA, a fúria pode ser dirigida a causa da infecção, por exemplo: a pessoa que contraiu o HIV através do vírus. A fúria é dirigida muitas vezes ao conselheiro ou a aquelas pessoas mais próximas do doente, tais como amigos ou família.⁶²

Um período de barganha seria o terceiro estágio. Nesta fase o indivíduo se entrega a promessas, em troca de mais tempo de vida. As barganhas, dirigidas comumente a Deus, têm por base sentimentos de culpa. Cada vez que se supera um período que tenha sido "pedido" na barganha, o sentimento de culpa se intensifica e novas promessas, geralmente de cumprimento impossível, são feitas.

Alguns pacientes, quando começam a sentir os primeiros sintomas da AIDS, relatam tentativas “desesperadas” de eliminar suas dores. Essa fase possibilita não só uma negociação do paciente, mas a própria equipe multidisciplinar pode usufruir desse momento para incentiva-lo a conseguir sucesso no tratamento, sem fazer com que o indivíduo tenha uma falsa ilusão sobre tentativas de cura, já que ainda não existe. Um exemplo interessante

⁵⁹ P. SCHULTZ, Duane. **Teorias da Personalidade**. São Paulo: Pioneira Thomson Learning, 2004, p. 55.

⁶⁰ P. SCHULTZ, 2004, p. 54.

⁶¹ KUBLER – ROSS, 2008, p. 55

⁶² CONSORCIO DA AFRICA AUSTRAL SOBRE SIDA (SAT). **Normas para o aconselhamento sobre cuidados paliativos e de falecimento**. Nº 03, agência canadiana para o desenvolvimento internacional. Zimbabwe, 2004, p. 07

relatado por um paciente foi quando ele decidiu fazer o tratamento, pois “negociou” com Deus, para que ele tivesse mais tempo de vida para poder educar seus dois filhos, e em troca os educava dentro da fé cristã. Momentos como esses faz com que o profissional que acompanha o paciente possa usufruir de maneira positiva tal estágio, já que esse momento não é para ser confrontado, mas sim respeitado fazendo com que sua crença seja utilizada seu favor.

A maioria das barganhas são feitas com Deus, são mantidas geralmente em segredo, ditas nas entrelinhas ou no confessionário do capelão. Nas entrevistas particulares sem auditório, ficamos impressionados com o número dos que prometiam “uma vida dedicada a Deus” ou “ uma vida a serviço da igreja” em troca de um pouco mais de tempo de vida. Muitos pacientes prometiam também doar partes de seu corpo ou seu corpo inteiro “à ciência” (caso os médicos usassem seus conhecimentos científicos para prolongar-lhes a vida)⁶³.

O estágio da depressão seria o quarto, e se refere ao momento em que o paciente sofre com a ideia do afastamento das pessoas e das atribuições que desempenha ou desempenhava. Esse é um momento preparatório para o quinto e último estágio, o da aceitação. Quando a depressão é um instrumento na preparação da perda iminente de todos os objetos amados, para facilitar o estado de aceitação, o encorajamento e a confiança não tem razão de ser.⁶⁴ A importância dessa fase no processo terapêutico, ou de aconselhamento, torna o trabalho em cima do foco complexo, pelo fato do paciente encontrar-se num estado onde suas forças encontram-se limitadas para exteriorizar o seu pesar diante da perda iminente que pode acontecer. Alguns sinais da depressão são tristeza, falta de motivação, desânimo, perda de apetite, somatização, dores físicas, irritabilidade, dificuldade de concentração, perda do gosto pela vida.⁶⁵ O estado depressivo evidencia a necessidade em trabalhar conteúdos “escondidos” por traz do problema que o indivíduo vem passando, não é tarefa fácil encontrar uma solução criativa para lidar com conteúdos que “teimam” em não se aflorar, mas a capacidade de mudança do indivíduo possibilita a variação de comportamento quando seus limites são respeitados.

⁶³ KUBLER – ROSS, 2008, p.89.

⁶⁴ KUBLER – ROSS, 2008, p.93.

⁶⁵ ZIMERMAN, Guide I. **Velhice: aspectos biopsicossociais**. Porto Alegre: Artmed, 2000. Pág. 108.

As perdas nos aspectos psíquicos e fisiológicos faz com que o paciente internalize esses momentos como cruciais para que a depressão surja. Ausência de poder significa “a expectativa ou probabilidade de que a atitude própria nenhuma influência possui sobre o efeito desejado”.⁶⁶ Esses momentos de sinais depressivos evidenciam o surgimento de outros sintomas, teoricamente resolvidos em suas vidas. Ao atender um paciente, ele expôs que como não bastasse ele estar com o vírus, tinha contas a pagar e não tinha emprego para quitar as dívidas, e essa incerteza estava lhe “matando aos poucos”.

Durante a fase da aceitação geralmente os familiares precisam de mais ajuda do que o paciente em questão. Este período é geralmente caracterizado por uma diminuição no leque de interesses. É uma fase na qual há um desejo, mesmo que não explícito, de morrer, ou viver o que ainda lhe resta em paz. Nessa fase o paciente muitas vezes se dedica à tentativa de que seus familiares mais próximos se adaptem à sua falta. É importante que essa etapa possa ser muito bem direcionada e compreendida, já que o amadurecimento diante dessa circunstância pode ajudar a adaptação de ambos. A utilização de soluções que acalmem tanto família como paciente são importantes para o aconselhador e médico que acompanha o paciente. É mais fácil que uma família seja ajudada por médico seguro de si, que diga que será feito todo o possível, bem como por um pastor acessível que visite o paciente e a família o mais que puder, utilizando os mesmos recursos que a família sempre utilizou.⁶⁷ Se os membros de uma família podem juntos compartilhar estas emoções, enfrentarão aos poucos a realidade (...).⁶⁸

O resultado favorável no processo do luto depende de como o indivíduo consegue suportar oscilações de emoção presentes durante seu processo de elaboração. A busca consciente auxilia o enlutado registrar perfeitamente que seus antigos padrões de comportamento podem ser modificados. É um processo de “realização”, de remodelação de modelos representacionais

⁶⁶ SOLLE, Dorothee. **Sofrimento**. Petrópolis: Editora Vozes, 1996, p.20.

⁶⁷ KUBLER – ROSS, 2008, p.142.

⁶⁸ KUBLER – ROSS, 2008, p. 175.

interiores, de modo a alinhá-los com mudanças ocorridas na situação de vida do enlutado⁶⁹.

As reações do paciente frente ao diagnóstico de HIV são variadas, de acordo principalmente com suas características comportamentais, seu modelo cultural, suas condições socioeconômicas, sua história de desenvolvimento pessoal, familiar e religioso, entre outros fatores. É comum o aparecimento do luto durante esse período. Luto é um processo inerente a uma perda: toda perda significativa pressupõe o luto, um processo que visa retirar a energia fixada no objeto perdido e redirecionada para outro objeto⁷⁰. Envolve uma sucessão de quadros clínicos que se mesclam e se substituem; têm impacto sobre o indivíduo e a família, muitas vezes a longo prazo. Esse impacto necessita ser adequadamente avaliado, para que sejam identificadas as medidas de intervenção que serão propostas⁷¹.

O fato do HIV/AIDS ainda ser uma doença incurável, faz com que o processo de morte seja diretamente ligado com o vírus, apesar da evolução no tratamento nos últimos anos. Nos relatos desses pacientes, o conflito interno para reestruturar seus modelos internos nessa nova etapa da vida, gira em torno de reações diante dos estágios vivenciados.

2.3 Influencia Social e Familiar Diante das Reações de Luto do indivíduo Soropositivo.

O sofrimento causado pelos processos de perdas vivenciados por uma pessoa diagnosticada como sendo portadora de HIV/AIDS, faz com que a busca pela fé seja cada vez mais evidenciada na capacidade do indivíduo em ser resiliente em sua totalidade. O termo resiliência seria a capacidade humana de extrair do íntimo do seu ser uma reserva extra de forças para superar dificuldades. ⁷² Para que esse processo tenha a resposta adequada é importante como vai estar os processos psíquicos que facilitem o entendimento

⁶⁹ PARKES, apud, BOWLBY, 1984, p. 97.

⁷⁰ ESCUDEIRO, Aroldo. **Convivendo com as perdas**. Disponível em: Site RNT-redenacionaldetanatologia.psc.br. acesso em: 05/02/2011.

⁷¹ PARKERS, 1998, p. 56.

⁷² HOCH, Lothar Carlos e Susan M. Rocca. **Sofrimento, resiliência e fé: implicações para as relações de cuidado/in**: Jr. Cezar, Brito Marcia, Deackmann Thais [Organizado por]. – São Leopoldo: Sinodal/EST, 2007. P. 72

de sua fé. A pessoa em luto não complicado não precisa de psicoterapeutas nem de ser medicada, Muitas vezes, ela precisa apenas de um sábio leigo local, um representante religioso, um profissional de saúde aposentado com boa influencia na comunidade etc.⁷³

Entender o que causa o sofrimento e a angustia quando uma pessoa vivencia etapas decisivas na sua vida, faz com que alguns questionamentos fiquem evidenciados durante sua trajetória na busca de sua fé. Para Kubler Ross, o estagio da raiva, presente em uma das cinco etapas presentes no individuo diante de suas perdas, faz com que o mesmo questione a existência ou a bondade de Deus. A história de Jó na bíblia mostra que apesar de sofrer e não saber por que do seu sofrimento, ele jamais rompeu com Deus. Pelo contrário, mesmo sem entender o sentido do seu sofrimento e, mesmo elevando com veemência o seu protesto contra Deus, ele continuou apostando e confiando em Deus.⁷⁴

Quem passou pela vida em branca nuvem e em plácido recanto adormeceu, quem não sentiu o frio da desgraça, quem passou pela vida e não sofreu, foi espectro de homem, não foi homem, só passou pela vida, não viveu.⁷⁵

“As pessoas que vivem com medo requerem da igreja uma sensibilidade especial. Em consequência, ela precisa contextualizar a sua ação pastoral e atualizar a sua agenda litúrgica e diaconal”.⁷⁶ Um paciente com HIV tende a manifestar sentimentos intensos, em muitos casos, a igreja prefere limitar-se a condenar comportamentos que ferem os princípios de valorização da fé. A igreja, como agência limitadora dos comportamentos morais, procura manter a expressão da sexualidade sob controle, talvez com o objetivo de frear o avanço de doenças sexualmente transmissíveis e garantir a criação dos filhos. Porém, a intolerância social e cristã faz com que seus fieis escondam sua condição sexual, e passam a viver uma sexualidade sugerida e aceita socialmente. A

⁷³ SOLANO, João Paulo Constantino. **Diagnóstico e tratamento – Cuidados Paliativos**. Barueri: Manole, 2006, pág. 372

⁷⁴ HOCH, 2007, p. 78.

⁷⁵FERNANDO, Edson; Resende, Jonas. **Dores que nos transformam**. Rio de Janeiro: Mauad, 2002.p 73.

⁷⁶ NETO, Rodolfo, apud, HOCH, 2007, p. 69.

repulsa da igreja frente ao HIV está diretamente relacionada à infidelidade e a homossexualidade. A igreja católica e todas as cristãs, impulsionadas por uma milenar repulsa a qualquer manifestação homossexual, não aceita que os relacionamentos podem ter variadas formas de expressão.⁷⁷ Se a até mesmo a heterossexualidade fora do casamento não é aceita pela sociedade, o que falar então sobre a expressão da homossexualidade. “Muitas crenças e valores relacionados à sexualidade não se originaram no pensamento cristão, visto que já estavam presentes na tradição judaica e filosófica, principalmente entre os estoicos”.⁷⁸

A exclusão, a qual está exposto o portador, refere-se a múltiplos processos, situações, estados e fenômenos que adquirem uma grande complexidade na sociedade; são situações de vulnerabilidades sociais construídas por um conjunto de relações sociais diferenciadas e dualizadas nas dimensões: econômica, política, social, cultural e sócio familiar.⁷⁹ Não tem como negar a importância dos familiares durante todo o processo de elaboração do luto no paciente soropositivo. A promoção da qualidade de vida amplia a perspectiva psicossocial dessa pessoa, assim ela consegue desenvolver atividades que a motivem a conduzir o tratamento da maneira mais saudável possível.

Viver, conviver e morrer com AIDS é uma experiência que nos obriga a enfrentar perdas desde o momento do diagnóstico até os estágios finais da doença. O paciente/família/cuidador passam por uma série de situações que provocam mudanças nas relações, conflitos e perdas. A ameaça de perda gera muita ansiedade, tristeza, raiva e insegurança.⁸⁰

Os desviantes de qualquer natureza, mas principalmente os de pensamento e comportamento, devem ser vistos como saudáveis uma vez que é a expressão da inconformidade como as contradições, e forçam sempre o

⁷⁷ FERREIRA, 2003, p. 231

⁷⁸ PAGELS, E. **Adão e Eva e a serpente**. Rio de Janeiro. Editora Rocco, 1992, p.15-16.

⁷⁹ INTERFACE. **A Problemática da Exclusão/Inclusão Social Dos Portadores de HIV/AIDS no Brasil**. Disponível em <<http://ccsa.ufrn.br/ojs/index.php/interface/article/view/217>> acesso em: 08/11/2012.

⁸⁰ Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e AIDS. **Guia para o Cuidador Domiciliar de Pessoas que Vivem com HIV/Aids** / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. – Brasília: Ministério da Saúde, 2010, p.60.

sistema político e social a encontrar um novo equilíbrio, uma vez que não aceitam as regras e os valores impostos socialmente ou por uma pretensa legalidade.⁸¹ O fato da AIDS estar diretamente associada a valores morais, acaba estigmatizando o indivíduo soropositivo a viver dentro de uma sociedade a parte, aquela que foge do princípio da homogeneidade, vivendo dentro de uma exclusão intensa e sedimentada pelo imaginário social, necessitando de uma reelaboração de valores e costumes para lidar com uma ruptura no seu nível psicológico.

A concepção de sofrimento acaba por confundir-se com a ideia de pecado, principalmente quando religião e sociedade inflige essa questão do ponto de vista do que é justo. Essa ideia mexe com as estruturas de alguém que passa por algum tipo de enfermidade psíquica ou fisiológica. É comum o surgimento do luto, durante um período de intenso sofrimento que aparece num embate da subjetividade com religiões e cultura. Como as crenças e práticas variam de cultura para cultura e de religião para religião, seria de esperar que tivessem influência no curso do luto, seja propiciando um resultado sadio ou, talvez, contribuindo para um resultado patológico.⁸²

Os conflitos internos resultantes do não acolhimento necessário para o diagnóstico positivo faz com que a necessidade inconsciente do apoio religioso, seja evidenciado em atitudes e palavras. O depoimento abaixo mostra essa tendência.

A verdade é que eu não vejo a com bons olhos a religião. Cada um tem sua opinião. Antigamente não me preocupava a religião. Antes de ter isso (HIV), não me preocupava com a religião. Mas agora eu pelo mais a Deus que antes. Às vezes eu digo 'Meu Deus, por que não me salvas dessa?'. Digo isso agora muito mais que antes. Antes eu não me preocupava com nada, porém agora sim. Antes não me preocupava com nada. Tinha somente vontade de trabalhar. Sempre fui um cara trabalhador e trabalho desde meus 13 anos.⁸³

A visão social e familiar perante o conceito de saúde, também passa ser um fator preponderante para uma ressignificação de normas contínuas que

⁸¹ FERREIRA, Claudio Vital de Lima, **AIDS e exclusão social: um estudo clínico com pacientes com HIV**/São Paulo: Lemos Editorial, 2003, p.104

⁸² BOWLBY, J **Apego e Perda**. São Paulo, Martins Fontes, 1984, p. 200

⁸³ FERREIRA, 2003, p.182.

veja o bem estar do indivíduo com padrões adaptados para que o mesmo visualize o seu papel na melhoria da saúde pública adotando comportamentos construtivos que foque conceitos na esfera biopsicossocial. Além dessa concepção devemos saber interpretar o que significa o processo de perda. A associação da mesma com fracasso pode impedir o direcionamento do seu bem estar. As pessoas em pleno funcionamento podem ser criativas nas mais diversas esferas da vida. Rogers não descreveu as pessoas de pleno funcionamento como alegres, felizes ou contentes, embora, por vezes elas podem sê-lo.⁸⁴ A concepção rogeriana nos mostra a capacidade adaptativa desse processo de vivencia, onde as pessoas com os seus problemas, são criativas e impulsionadas a mudarem dentro dos seus princípios.

Luto e morte parecem sinônimos quando associamos as duas palavras com o HIV/AIDS. A compreensão bíblica da morte é bidimensional. Por um lado, ela contém uma constatação sobre a natureza da morte: a morte é a ocorrência da ausência de relacionalidade, que interrompe todas as relações da vida.⁸⁵ Entende-se por luto não somente a reação vivenciada diante da morte ou perda de um ser amado, mas também as manifestações ocorridas em outras perdas, como separações familiares, de amigos, conjugais.⁸⁶ Analisando esses dois conceitos, percebemos que a aplicação dos mesmos torna-se relativa nos diferentes tipos de processos vivenciados por cada pessoa. A questão central a ser debatida é a aplicabilidade dessas considerações na dinâmica do HIV/AIDS. A morte real deixa de ser sinônimo pela evolução da medicina, e a eficácia dos medicamentos no combate a enfermidade, mas o luto pode estar associado se levarmos em consideração as influências exteriores, bem como elas são interpretadas pela pessoa que passa por relações que caracterizam um processo de exclusão.

A crença do luto, morte e HIV/AIDS, e suas inevitáveis contradições, fundamentam a teologia quando diz em Levíticos 21.1 traz a seguinte passagem: “Os cadáveres impuros são excluídos do âmbito de Deus”. Será que ser soropositivo é sinal de impureza? Se somos imagens e semelhança de

⁸⁴P. SCHULTZ, 2003, p.323

⁸⁵ JUNGEL, Eberhard. Morte. São Leopoldo: Sinodal/EST, 2010. p.85.

⁸⁶ Wikipédia, a enciclopédia livre. **Luto**. Disponível em: <http://pt.wikipedia.org/wiki/Luto> acesso em: 28/11/2012.

Deus, não devemos construir soluções para os mistérios dentro da solidariedade? Se formos analisar determinadas certas condições, e não sermos flexíveis a mudança do modo como interpretamos nossas vivências e as leituras que fazemos, estaremos contribuindo para que nossa capacidade crítica se limite a uma explanação literal, que nesse caso específico pode excluir.

Apesar de não se poder dizer muita coisa positiva sobre a morte com base no Antigo Testamento, não se pode considera-la, em sua negatividade, de peso iguala à vida. Ela é, sem dúvida, o fim do tempo de vida do ser humano, a ameaça constante à vida e, nesse sentido realmente um mal declarado. No entanto, é um mal somente na sequencia de uma boa dádiva de Deus. A vida é a condição de possibilidade inclusive da morte, a qual se tem de aceitar junto com a vida. “ Temos recebido o bem de Deus e não receberíamos também o mal?” (Jó 2.10). Não há revolta, ao menos em princípio, contra a morte, mesmo que se peça a Deus que nos preserve da morte prematura e nos livre da aflição mortal. Enquanto se vive quer-se viver. Morrer “velho e farto de dias” é sinal de vida agraciada. Quando, então, vier à morte, o ser humano terá vivido, ele terá sido. E isso é algo positivo que nem mesmo a morte pode anular. Ter vivido, ter sido não é igual a nada.⁸⁷

Os sentimentos de impotência diante das circunstâncias vividas geram uma espécie de comportamento mal adaptado que propiciar sentimentos de culpa e questionamentos diante da sua própria identidade, entretanto a fé perante os momentos de dificuldade propicia um significado que potencializa outra visão frente ao sofrimento vivenciado. “Fé é acreditar em coisas que se esperam a convicção de fatos que se não veem, independentemente daquilo que vemos, ou ouvimos”. (Hebreus 11:1). Não basta apenas acreditar, o indivíduo deve agir diante da fé para que suas escolhas possam ter valor diante das suas atitudes, ele deve usar seu ato reflexivo perante o novo modelo de vida que ele pretende seguir.

⁸⁷ JUNGEL, 2010, pág. 57.

3 O SIGNIFICADO DA RELIGIOSIDADE NO PROCESSO DE LUTO EM PACIENTES COM HIV/AIDS E AS IMPLICAÇÕES PARA A PRÁTICA DA PASTORAL DA AIDS.

3.1 O papel da religião

A concepção de pecado traz no imaginário social acontecimentos vistos como “errados”. A religião nos proporciona uma visão capaz de resignificar alguns valores individuais, quando ela abre as portas para uma perspectiva que auxilia no reconhecimento das fraquezas e das capacidades do ser humano. Nasce de um anseio do indivíduo de tornar-se melhor para chegar mais perto de Deus.⁸⁸

Falar de HIV/AIDS é englobar uma série de padrões que regem os aspectos sociais, religiosos e morais. Algumas pastorais trabalham com o intuito de dinamizar um esforço entre os seus fiéis para que a dignidade humana não seja tão afetada diante da enfermidade, mas percebemos que algumas tradições podem impedir ambientes de aceitação e acolhida aos indivíduos soropositivos. As igrejas pelo mundo não estão preparadas para assumir uma atitude compassiva e relevante frente à crise. Alguns cristãos reagem moralisticamente, enquanto outros preferem o silêncio. Esse silêncio pode ser tão mortal quanto o próprio vírus.⁸⁹

À igreja compete o direito natural de usar e possuir tais instrumentos enquanto necessários ou úteis a formação cristã e a toda sua obra de salvação das almas; é pois dever dos sagrados pastores instruir e dirigir os fiéis a fim de que estes, com o auxílio de tais meios, alcancem a salvação a perfeição própria de todo o gênero humano. (Inter – Mirifica, 3).⁹⁰

As razões culturais e religiosas relativizam as respostas de enfrentamento das pastorais. A manifestação da síndrome nos direciona para

⁸⁸ ANGERAMI, Valdemar Augusto. **Psicologia e Religião**. São Paulo: Cengage Learning, 2008, p 121.

⁸⁹ KOINONIA Presença Ecumênica e Serviço. **AIDS e Igrejas: um convite à ação**. São Paulo: Timbre comunicação e propaganda, 2001.p.19.

⁹⁰ FILHO, Vicente Gregório de Sousa. **Teologia e Cuidado Pastoral**. Parnaíba: SIEART, 2010, p. 88.

uma perspectiva cada vez mais próxima com a conjuntura religiosa, dessa forma a aceitação deve vir de todas as instancias que regem a contextualização da fé cristã, para que a interiorização da sua concordância não seja desenvolvida por uma vulnerabilidade que oculta à transcendência do sujeito. As comunidades religiosas como estruturas sociais específicas que convivem e dialogam com outras entidades da sociedade são à base da reflexão teológica.⁹¹

A Igreja que, a exemplo de seu divino Fundador e Mestre, sempre considerou a assistência a quem sofre como parte fundamental de sua missão, sente-se interpelada em primeira pessoa, neste novo campo do sofrimento humano, pela consciência que tem de que o homem que sofre é um "caminho especial" de seu magistério e ministério.⁹² Ao considerarmos a história de Jó, percebemos que o respeito frente a qualquer atitude deve ser muito bem interpretada para que não sejamos vítimas da nossa própria arrogância diante de algumas circunstâncias. O desprezado deste mundo é o preferido do Deus amor. É uma coisa tão simples, mas difícil de captar para uma mentalidade que tudo avalia com base em méritos e deméritos.⁹³

A perspectiva que se constrói diante das atribuições religiosas mais radicais, frente ao HIV/AIDS, nos mostra que elas acabam por influenciar uma concepção negativista do sujeito diante da sua tentativa de fundamentar a fé. A visão aversiva da AIDS mostra que os inúmeros julgamentos sociais e religiosos, faz com que o indivíduo soropositivo carregue uma cruz que muitas vezes não condiz com a verdadeira essência que a pessoa possui, e isso nos mostra uma questão metafórica bem interessante, a de que a cruz é o símbolo da reconciliação dos opostos: sinal do ódio humano e do amor de Deus.⁹⁴

Com um doce sorriso no rosto, um pastor informou a uma de minhas pacientes aidéticas que ela não deveria mais comparecer à liturgia domingueira, pois sua presença poderia esvaziar rapidamente a igreja e ele não queria pregar para bancos vazios! O mesmo ocorreu

⁹¹ SCHNEIDER-HARPPRECHT, Christoph. **Teologia prática no contexto da América**. São Leopoldo; Sinodal, 1998, p.50.

⁹² ACIDIGITAL. **A Igreja e a AIDS**. Disponível em <<http://www.acidigital.com/aids/igreja.htm>> acesso em: 12/11/2012.

⁹³ GUTIÉRREZ, Gustavo. **Falar de Deus a partir do sofrimento do inocente: Uma reflexão sobre o livro de Jó**. Petrópolis: Vozes, 1987, p.11 e 12.

⁹⁴ BOFF, Leonardo. **Jesus Cristo libertador: ensaio de cristologia crítica para o nosso tempo**. Petrópolis: Vozes, 1986. Pá176.

com uma mãe solteira cujo filho de três anos estava morrendo – isto justo quando ela mais precisava do apoio “da igreja.”⁹⁵

Não se pode negar a importância do serviço que muitas pastorais fazem. O comprometimento da causa por algumas pessoas possuem um papel fundamental na tentativa de renovar o caminho da fé das pessoas atingidas pela enfermidade. Pensar um discurso eficaz e adaptado à realidade mundial por parte da igreja é compreender muitos anos de doutrina. No entanto, começar investigar, averiguar e abordar novas questões não é somente um desafio, mas uma necessidade profunda da sociedade pós-moderna.⁹⁶

Dialogar dentro de uma perspectiva “moderna”, nos remete a uma reflexão de mudanças de princípios e valores para que sociedade e igreja encontrem soluções para que ambas se ajustem a uma realidade onde as verdades devem ser discutidas veementemente. Os embates sobre sexualidade, na qual envolve o uso ou não de preservativos, impulsiona o surgimento de tabus morais que censuram a expressão de liberdade autêntica. O fato de estar intimamente ligada a sexualidade mostra que igreja e sociedade devem refletir e buscar estratégias que possibilitem a proximidade com Deus, sem radicalizar os princípios éticos e morais.

Muito se fala do poder que a igreja possui na construção de valores frente à sociedade, mas não é absurdo levantar a hipótese da influência social na tentativa de fazer com que a igreja reveja seus principais dogmas e tabus. Os desafios são enormes. A sociedade deverá encontrar nela mesma, na sua fé no homem, talvez na sua fé em Deus, os meios para enfrentá-los.⁹⁷

As Igrejas começaram a lidar com os primeiros casos de portadores do vírus de diversas formas; às vezes culpando, condenando e disciplinando o portador; às vezes apoiando, orando com ele e tentando aprender, diante desta nova realidade, os caminhos para ser solidária.⁹⁸ O desafio da igreja em

⁹⁵ KUBLER – ROSS, Elizabeth. **AIDS: o desafio final**. São Paulo: Best Seller, 1988, p.19.

⁹⁶ TRANSFERETTI, 2002, p. 29.

⁹⁷ Commission Sociale de L'Episcopat (France). **SIDA: a sociedade em questão/ Comissão Social do Episcopado**. Petrópolis: Vozes, 1996, p.39.

⁹⁸ Igreja Solidária e Transformadora. **Roteiro de oficinas para igrejas**. Disponível em <<http://fld.com.br.s125105.gridserver.com/arquivos/c7c5c245f245d601a3bf6bf8d3a4b1220.pdf>> acesso em: 13/11/2012.

articular seus princípios, sem ver a complexidade da questão HIV/AIDS, pode gerar uma tendência viciosa onde alguns julgam enquanto outros apoiam a causa através da solidariedade e ações, porém essa subdivisão impede a aliança plena de fiéis e igreja em cima de um foco: o do acolhimento incondicional.

Escrever sobre AIDS a partir do ponto de vista ético-teológico é um desafio cada vez mais necessário e que se impõe cada vez mais à Igreja de hoje. Necessário porque incita ao aprofundamento da questão por parte dos teólogos, o que pode implicar na solidificação de uma teorização mais apropriada sobre o modo como lidar com a questão, o que, em termos de prática, pode trazer contribuições realmente significativas, sobretudo se considerarmos o que diz respeito à orientação da Igreja sobre os modos de “prevenção” da doença.⁹⁹

Analisar a questão histórico-social do HIV/AIDS nos traz uma reflexão sobre o que de fato podemos interpretar sobre a palavra de Deus. Se quisermos ser perdoados, temos que aprender a perdoar os outros. A Bíblia diz em Mateus 6:15 “Se, porém, não perdoardes aos homens, tampouco vosso Pai perdoará vossas ofensas.”¹⁰⁰ Esta passagem nos mostra a essência da palavra frente aos males ocasionados pelo processo de julgamento que muitos indivíduos soropositivos passam. A religiosidade pode ser a forma que encontramos para melhor viver nossa espiritualidade. Quando assim é, ela é saudável, mas a religiosidade também pode ser vazia de fé, fruto de uma tradição familiar ou de ofertas mirabolantes para conquistas fantasiosas.¹⁰¹

O sentido que as religiões buscam nem sempre é complexo, o sentido que se dá a realidade vivenciada pelas mesmas é que causa o desconforto, por isso aliar caracteres que aliem as vivencias como um todo tende a sinalizar para uma relação espiritual saudável, crescimento dentro da fé e uma evolução pragmática com um amadurecimento dentro das suas perspectivas.

Não se deve pensar que a solução está unicamente em Deus, na sua Igreja ou na sua atuação pastoral. Será prudente e responsável que a

⁹⁹TRANSFERETTI, 2002,p.117.

¹⁰⁰Informação bíblica. **AIDS**. Disponível em <<http://www.jesusvoltara.com.br/info/aids.htm>> acesso em: 15/11/2012.

¹⁰¹ ASSUNÇÃO, Evaldo A. D'. **Os que partem, os que ficam: a morte não é um problema para os que partem, e sim para os que ficam**. Belo Horizonte: FUMARC, 2007, p.71 e 72.

autoridade eclesiástica verifique as pessoas desestruturadas a um conhecimento da vida, do comportamento humano para que sua renomada competência seja enfim descoberta. Sempre haverá o perigo de religiosos ficarem em posições extremadas: alguns atribuindo o sentido de sofrimento a um castigo divino e outros acreditando que orações em cristo possam minimizar o sofrimento do enfermo de HIV/AIDS.

A presença de pessoas soropositivas incomoda as comunidades eclesiásticas. Há alguns anos tivemos notícias de pessoas que foram excluídas de suas comunidades por se terem revelado portadoras do HIV. Parece que atualmente esta atitude intolerante descaridos tem-se atenuado sensivelmente. Parece que há mais abertura a compreensão. Mas o dado fundamental ainda permanece decisivo: grande número de igrejas e de cristãos não se sentem à vontade com a presença de portadores dessa enfermidade no seu meio.¹⁰²

Algumas tentativas de se buscar o sentido da fé podem ser barradas nas diferentes formas de buscá-la, mas podemos ser presentificados com a heterogeneidade que nos iguala quando todos se voltam ao propósito do acolhimento, e da aceitação incondicional, como diria Carl Rogers. Entretanto, as diversidades das relações que irão se suceder geram uma concorrência dentro dos próprios princípios que regem a busca por uma sociedade ideal, o desenvolvimento dos padrões culturais diante de um mal que nos aflige, remete a mudanças e adaptações que nem sempre significam estabilidade, e estar ciente dessa problematização seria um passo significativo para que as religiões possam compreender o papel tão importante que elas possuem na ressignificação da vida dos seus fieis.

Para modificar pensamentos e culturas, precisamos ter em mente a maneira de como se pretende agir diante de qualquer circunstância. Promover o enfrentamento do HIV/AIDS é contemplar com dignidade o parâmetro contextual dessa causa. Os critérios de julgamento não condizem com o valor da essência humana. É precisamente por considerar a AIDS como castigo de

¹⁰² PASTORAL DST/AIDS. **Viu e teve compaixão...Igreja e AIDS**. Fortaleza: São Miguel, 2002, p.. 35.

Deus que as pessoas incorrem no julgamento de Deus, por não reconhecerem a Jesus naqueles que a sociedade humana rejeita.¹⁰³

3.2 Tarefas que auxiliam e dificultam a resiliência

O termo resiliência possui vários significados nos campos da psicologia e teologia. Definir um conceito para essa palavra depende do ponto de vista em que ela pretende ser atribuída. Dentro do parâmetro ao qual pretendemos direcionar o estudo, podemos definir resiliência como: a capacidade de desenvolver-se bem, para continuar projetando-se no futuro apesar dos acontecimentos desestabilizadores, de condições de vida difíceis e de traumas às vezes graves.¹⁰⁴ Ser resiliente frente a um diagnóstico positivo para HIV pode ser um desafio muito desgastante, principalmente pela distorção de conceitos ainda enraizados no imaginário social e religioso.

O enfermo que vive com HIV/AIDS, tenta achar uma explicação plausível para sua nova realidade, as explicações que os aconselhadores dão dentro de um parâmetro psicológico e teológico, são de que a fé deve prevalecer. No entanto a racionalização do indivíduo que aceita sua realidade por ter tido uma vida “desregrada”, é diferente de quem sempre teve uma vida “correta”.

Quando temos uma explicação para o sofrimento, quando sabemos que erramos, quando adoecemos porque levamos uma vida desregrada, pensamos: “Estou pagando pelos erros que cometi”. Mas, quando levamos uma vida correta, honesta e piedosa, como foi o caso de Jó, torna-se muito mais difícil aceitar o sofrimento.¹⁰⁵

Qualquer tentativa de visualizar o sofrimento como sendo causado mediata ou imediatamente por Deus corre o risco de conceber a Deus de forma sádica.¹⁰⁶ Atribuir todo e qualquer sofrimento a vontade de divina, limita o ser humano em conseguir buscar sua transcendência. É necessário que se aprenda a postura misericordiosa de Deus, em contraposição à de justiça que sempre lhe queremos atribuir, baseados em nosso próprio modo de ver e agir.

¹⁰³ ALISON. AIDS como lugar de revelação, em: ASMANN, Hugo. **René Girard com teólogos da libertação; um diálogo entre ídolos e sacrifícios**. Petrópolis; Vozes, 1991, p.307.

¹⁰⁴ HOCH, 2007, p.10.

¹⁰⁵ HOCH, 2007, p.77

¹⁰⁶ SOLLE, 1996, p.33

Justiça é própria do ser humano, enquanto a misericórdia é apanágio de Deus.

107

Dentro de uma perspectiva existencial da vida, as reações diante de um resultado reagente para HIV passam por algumas etapas que mesclam o enfrentamento da dor, bem como o início do processo de resiliência. O depoimento abaixo de um indivíduo soropositivo mostra essa perspectiva.

Fiquei desesperado, não conseguia aceitar, pensei em me matar. No começo foi uma bomba, achava que ia morrer logo, mas depois fui me informado e vi que não adoecia e a vida continuava, fui me acalmado e convivendo com a questão. Fiquei sabendo quando fui doar sangue no hospital, peguei o resultado e guardei o papel dentro do livro que estava lendo e continuei a leitura. Acho que agora vou começar a viver porque antes só me drogava e o dinheiro que eu recebia gastava tudo em droga. Eu fiquei arrasado, pedi perdão a Deus pelos meus pecados, sabia que estava pagando pelos meus erros.¹⁰⁸

A capacidade de transgredir e de superar as adversidades deve passar pela própria aceitação do indivíduo enquanto um ser que é diretamente responsável pelas suas atitudes. Deus não é culpado nem é responsável pelos desmandos da humanidade. Às sua criaturas ele deu o livre-arbítrio para que pudessem ter a dignidade de tomar decisões e não para serem marionetes cujos cordéis seriam comandados por um Deus prepotente e dominador.¹⁰⁹ A maneira como cada um encara e supera as adversidades de um diagnóstico para HIV, é que vai direcionar a sua reorganização interna para conseguir colocar em prática sua capacidade em ser resiliente. Entretanto vale ressaltar que atribuir uma carga tão pesada de responsabilidade apenas para a pessoa, não é justo, da mesma forma que não é conveniente atribuir apenas a Deus a responsabilidade pelos acontecimentos impactantes da vida, vale a pena reforçar que o compartilhamento do sofrimento com Deus nos proporciona a compreensão dos nossos limites, para que possamos desenvolver nossa espiritualidade, e como consequência a resiliência.

¹⁰⁷ ASSUNÇÃO, 2007, p.70

¹⁰⁸ KAHHALE, Edna Peters. **HIV-AIDS: enfrentando o sofrimento psíquico**. São Paulo: Cortez, 2010, p. 77.

¹⁰⁹ ASSUNÇÃO, 2007, p. 71

O indivíduo que desenvolve apropriada autoestima ao aceitar-se incondicionalmente e que se dispõe a “resolver” a questão de sua identidade tende a lidar melhor com as perdas, inevitáveis em quaisquer situações de desequilíbrio.¹¹⁰ A capacidade adaptativa que o ser humano possui em lidar com suas adversidades, possibilita o desenvolvimento de habilidades para aprimorar tendências possuidoras do próprio ser. Para Maslow¹¹¹ possuímos necessidades que podem contribuir para o crescimento interno do indivíduo. A figura abaixo ilustra tais necessidades.



112

Segundo Maslow, essas necessidades possuem uma influência de baixo para cima, ou seja, quanto mais inferior for à necessidade, maior o seu poder de influência sobre as outras. À medida que as necessidades são satisfeitas, emergem necessidades novas e superiores.¹¹³ As pessoas auto realizadoras, não são motivadas primariamente por necessidades básicas, elas são metamotivadas por necessidades ou valores-do-ser. Maslow estava sugerindo que os auto realizadores, que ele chamou de “mais inteiramente humanos”, são

¹¹⁰ ROSA, Ronaldo Sather. **Resiliência e Fé**. Disponível em

<http://cuidadopastoral.blogspot.com.br/2010/04/resiliencia-e-fe.html> acesso em: 17/11/2012.

¹¹¹ Psicólogo humanista, norte americano conhecido por elaborar a pirâmide das necessidades.

¹¹² SUA MENTE. **Pirâmide de Maslow - A Hierarquia das Necessidades de Maslow**.

Disponível em <<http://site.suamente.com.br/a-piramide-de-maslow/>> acesso em: 17/11/2012.

¹¹³ HALL, Calvin S. **Teorias da Personalidade**. Porto Alegre: Artmed, 2000, p.358.

orientados por valores intrínsecos, não pela busca de objetos desejados.¹¹⁴ Maslow pontua características essenciais para conseguir emergir a necessidade auto realizadora, como principais podemos destacar: são realisticamente orientadas, aceitam si mesmas, são autônomas e independentes, a maioria teve experiências místicas ou espirituais profundas, seus valores e atitudes são democráticos e tem um grande fundo de criatividade. Elas transcendem o ambiente em vez de simplesmente lidar com ele.¹¹⁵

A resiliência não oferece uma “solução mágica”; simplesmente sugere vincular realismo e esperança e abordar as situações adversas de forma construtiva e não ingênua. Esta visão também não fica restrita a uma intervenção vinda unicamente do exterior.¹¹⁶ Ao verificarmos a relação entre resiliência e as necessidades de Maslow, podemos perceber que a auto realização depende da capacidade de transcender do indivíduo, tal característica requer conotações que valorizem uma postura ativa do indivíduo para a sua influência dentro da realidade, seja tão importante quanto à do meio externo frente a ele. O compromisso com a realidade possibilita adaptar as situações adversas do indivíduo soropositivo, com as suas capacidades internas de buscar um equilíbrio que seja conveniente com os seus princípios morais, éticos e religiosos.

O conselheiro pastoral pode ser um agente facilitador do processo de resiliência, quando consegue aliar um acolhimento incondicional, respeitando o momento de vulnerabilidade do enfermo. Não é fácil agir sem envolver o mínimo de subjetividade diante de uma situação tão delicada quanto a um processo de reestruturação psicológica de alguém. A elaboração de um processo evolutivo frente a uma adversidade sugere uma integração tanto do conselheiro, como de quem recebe o aconselhamento, para que ambos possam exercer a prática construtiva que permita uma escuta cuidadosa e

¹¹⁴HALL, 2000, p. 359.

¹¹⁵HALL, 2000, p. 362.

¹¹⁶ LARROSA, Susana Maria Rocca. **As contribuições da espiritualidade e da pastoral católicas no desenvolvimento da resiliência, em jovens de 18 a 29 anos.** São Leopoldo, 2011. p.19.

empática dentro de uma perspectiva de transformação e crescimento da resiliência, reconhecendo a legitimidade de ambos nesse processo.

Numa perspectiva cristã, pode-se estender essa abordagem, afirmando: o cristão pode se tornar resiliente porque o amor incondicional de Deus, revelado em Jesus Cristo, o acolhe, o inspira e o torna um cristão resiliente, bem como o capacita a ser um instrumento promotor de resiliência com aqueles que foram confiados por Deus a seus cuidadores. É desse amor divino que o cuidador líder-cristão não se pode afastar, pois o amor é a fonte primária e inspiradora de uma ação terapêutica profunda e a de seu próximo. É também através desse amor que Deus se torna o maior e mais legítimo tutor de resiliência dos seres humanos.¹¹⁷

3.3 O aconselhamento pastoral em momentos de crise

A compreensão de fé nos direciona para diversas realidades quando buscamos averiguar nossas angustias. A pandemia do HIV é, muitas vezes, descrita como uma catástrofe humana, social e cultural, causadora de grande sofrimento.¹¹⁸ A associação da AIDS com as perdas e o sofrimento, é fruto de um pensamento que exclui o indivíduo, sem proporcionar a valorização de seus conteúdos internos. O processo de exclusão passa a ser fruto de uma concretização que descaracteriza a consciência humana, quando substitui a essência humana por um rótulo que limita a estrutura de valores do indivíduo soropositivo.

A AIDS tornou-se o grande problema sócio – político do nosso tempo, uma linha divisória para grupos religiosos, um campo de batalha para pesquisadores ambiciosos na área da medicina.¹¹⁹ A caracterização da doença tornou o indivíduo soropositivo vítima desses padrões inseparáveis, que culminam com o processo de exclusão social, e conseqüentemente o surgimento de crises que requerem um acompanhamento de cunho incondicional para que a reorganização de suas composições internas possa ser estruturada.

O acolhimento em momentos de crises requer uma relação de reciprocidade e congruência por parte de quem pretende ajudar. A ajuda não

¹¹⁷ HOCH, 2007, p. 129.

¹¹⁸ BRODD, Sven-Erick. **Elementos Eclesiológicos para Entender “Igreja” na Pandemia de HIV/AIDS**. Estudos Teológicos. São Leopoldo v. 50 n. 1 p. 82-101 jan./jun. 2010, p. 80.

¹¹⁹ KUBLER – ROSS, 1988, p. 16.

deve vir apenas de um pastor, médico ou psicólogo, mas de toda uma estrutura que se encontra por trás desse sujeito, afinal de contas construir um “ pilar de sustentação ” sem conscientizar quem convive com essa pessoa, pode levar a conduta construtiva de acolhimento para um “ ciclo vicioso ” de idas e vindas desse processo. Nesse caso a articulação entre pastorais e serviços de saúde, seria de uma importância enorme, pois a problematização se estenderia para camadas sócias que poderiam proporcionar uma aliança entre saúde e solidariedade em busca de essência que valorize o potencial pleno do ser humano, sem rótulos ou preconceitos.

Ao lidar com um sujeito soropositivo em momentos de crises, devemos considerar o indivíduo como um todo para que possamos explorar o potencial construtivo de uma pessoa. Para isso Clinebell propôs um modelo que ele chamou de “ Aconselhamento de Esperança e Ação: como ajudar uma pessoa em crise ”. Este método propõe quatro tarefas dentre as quais destacaremos algumas características que podem dar subsídio para uma pessoa soropositiva enfrentar momentos de crises, e como consequência conseguir adaptar-se a realidade ao que se encontra inserido.

1. Estabelecer um Relacionamento de Confiança (De confiança e Solicitude)

- Escute de forma não julgadora e com solicitude o que a pessoa está sentindo e experimentando (“amor à escuta”). Confira o que você entende que a pessoa está dizendo para ver se você está no comprimento da onda dela.
- Comunique à pessoa que você gostaria de trabalhar junto com ela no sentido de descobrir algo que ela possa fazer para melhorar a situação.
- Peça que a pessoa lhe fale sobre a crise – quando começou, como se desenvolveu, como ela se sente em relação à crise agora.
- Encare a pessoa como alguém que tem condições de encarar a crise, bem como de aprender e crescer lidando com ela construtivamente, e comunique à pessoa que você a encara dessa maneira.

2. Reduzir o problema (A suas partes principais)

- À medida que a pessoa examina a crise, ajude-a a identificar as peças que compõe o problema, separando aquelas partes a respeito das quais ela pode fazer algo daquelas em relação às quais nada pode ser feito (não adianta desperdiçar energias com estas).
- Encoraje o indivíduo a descrever esforços anteriores de solucionar essa parte do problema (não adianta repetir coisas que não funcionam).
- Examine todos os recursos de que a pessoa dispõe (seus trunfos) – forças interiores, amigos, família, recursos espirituais – para ajudá-la a enfrentar a crise.
- Fique afirmando os esforços da pessoa para lidar com sua crise, valorizando expressamente o pequeno passo que ela dá no sentido de enfrentar o problema responsabilmente.

3. Desafiar o indivíduo a passar à ação construtiva (Em relação a alguma parte do problema)

- Encoraje a pessoa a planejar como atacar aquela parte do problema em que ela decidiu se concentrar; o plano deveria ser realista, com metas pequenas e atingíveis.
- Apoie a pessoa em crise com uma esperança realista. Use subsídios religiosos, tais como a oração, para fortalecer seu senso de responsabilidade, força e apoio por parte de outras pessoas e de Deus.
- Assegure ao indivíduo que você estará à disposição como uma pessoa solícita e interessada enquanto ele está empenhado em executar seus planos.
- Saliente que quando começamos a fazer alguma coisa, por menor que seja, para melhorar a situação, nossos sentimentos provavelmente vão melhorar – sentir-nos-emos menos deprimidos, mais esperançosos e com maior autoestima.

4. Desenvolver um plano de crescimento e ação contínuos.

- Diga a pessoa que quanto mais enfrentamos com eficácia, tanto mais fácil fica fazê-lo, porque nossos músculos de enfrentamento ganham força. A esperança realista, baseada nos potenciais e sucessos da pessoa, aumenta à medida que sua força de enfrentamento é usada e fica maior.
- Encoraje a pessoa a ir ao encontro de outras pessoas que passam por crises semelhantes, a fim de dar e receber ajuda.
- Ajude a pessoa a reconhecer o crescimento na medida em que ele ocorre através do enfrentamento construtivo.
- Depois que a fase aguda da crise arrefece, encoraje a pessoa a refletir sobre a experiência de crise e a aprender com ela.¹²⁰

A psicologia moderna ensina que a pessoa não é a soma de suas experiências, sua herança ou qualquer outra coisa, mas é fundamentalmente uma unidade, uma totalidade em si mesma.¹²¹ O fato de desempenhar um papel ativo na sua estruturação psíquica, não impede do indivíduo ter uma referência excludente por ser soropositivo. Essa exclusão separa a sua totalidade, proporcionando o aparecimento de doenças psíquicas que tende a evidenciar o desconforto ser associado a um vírus, e não a uma pessoa provida de emoções e sentimentos. Parece muitas vezes que, em vez de ver a pessoa doente, a pessoa em primeiro lugar, leva-se em conta a sua doença e as causas da sua doença.¹²²

As pessoas necessitam de valores e sentidos sadios para serem sadias. O crescimento em direção à integralidade centrada no espírito precisa incluir crescimento nos valores e compromissos éticos que orientam nossa vida.¹²³ O resgate da essência de uma pessoa requer uma visão livre de preconceitos. Ao aconselhar uma pessoa com HIV/AIDS, é preciso ter uma prática que integre a empatia do terapeuta, com um olhar inclusivo que facilite a exploração de um caráter negligenciado por “rótulos” traz a tona sentimentos de culpa, e não a reestruturação da realidade.

¹²⁰ CLINEBELL, Howard J. **Aconselhamento pastoral: modelo centrado em libertação e crescimento**. São Leopoldo: Sinodal, 1987, p. 200-202.

¹²¹ BRODD, 2010, p. 91.

¹²² COMMISSION SOCIALE DE L' EPISCOPAT, 1996, p.101.

¹²³ CLINEBELL, 1987, p.133.

A herança que a igreja proporciona ao indivíduo soropositivo na prática pastoral deve ir muito além do que ela pode encontrar nos livros, ou quando se baseia em interpretações dogmáticas, ela deve olhar para a prática que se construiu no decorrer da enfermidade, e a contribuição que todos tiveram para que os resquícios ultrapassados, que ainda perduram no imaginário social, possam ser desmitificados. Olhando para uma perspectiva realista, e não utópica sobre o HIV, toda a sociedade é atingida pelo problema, mas a intolerância em se debater sobre o tema impossibilita o desencadeamento necessário para que possamos impedir a multiplicação de várias formas de exclusão.

Ao falar de crises em indivíduos soropositivos, sabemos que muitos são atingidos direta e indiretamente. A família possui um papel significativo quando consegue compreender esse sujeito de maneira acolhedora para que assim possam trilhar um caminho que se estruturam.

O mais difícil na passagem para aconselhamento da família inteira é ajudar membros da família a alterar sua definição do problema, passando da pessoa que apresenta distúrbio óbvio para todo o sistema da família. Mas somente naquele grau em que isto ocorrer é que os outros membros da família aceitarão o fato de que eles têm certa responsabilidade no sentido de alterar seu comportamento na família. Não ser que isto aconteça, o aconselhamento familiar não será efetivo.¹²⁴

As famílias que conseguem a reciprocidade nos momentos de crises podem ocasionar o bem estar do indivíduo. O diálogo desenvolvido pela relação de ambos, aliado a uma boa intervenção terapêutica, quando necessário, representa a expressão construtiva para que ambos se adequem a uma realidade de superação cada vez mais inclusiva onde ambos possuem responsabilidades nesse processo de superação.

Sabemos que a maioria dos pacientes se contaminou por comportamentos de transgressão das normas sociais e religiosas. Em termos inconscientes, creem que são merecedores do castigo e culpa.¹²⁵ A justificativa para que esses padrões de pensamentos surjam, pode ser fruto do que tanto

¹²⁴ CLINEBELL, 2003, p. 289.

¹²⁵ FERREIRA, 2003, p.167.

se enfatizou no surgimento da doença. A causa do sofrimento não se limita apenas a um padrão de desgaste físico, mas toda uma estrutura psíquica passa a ser envolvida. A ameaça iminente da morte pode assustar o indivíduo, mas a perda da identidade também pode ser uma ameaça que possibilita o aparecimento de crises. O modo de uma pessoa enfrentar o desafio da mudança em sua vida determinará não apenas sua visão de mundo, como também a visão a cerca de si mesma.¹²⁶

A diferença entre a percepção de um problema varia entre as pessoas. A subjetividade nos possibilita tirarmos conclusões diferentes das outras pessoas. Essa ideia, chamada fenomenologia, argumenta que a única realidade da qual podemos estar seguros é o nosso próprio mundo de experiências, nossa percepção interna da realidade.¹²⁷ As intervenções pastorais devem considerar que a representação de fé, por mais universal que seja o conceito, é interpretada de maneira muito singular por parte de uma pessoa, ao proporcionar a prática do aconselhamento devemos ter isso em mente para que os valores sejam valorizados dentro de uma visão que mostre não uma imposição de crenças, mas que fé pessoal possa ser utilizada a seu favor na busca de uma nova realidade.

¹²⁶ PARKES, 1998, p.28.

¹²⁷ SCHULTZ, 2004, p.318.

CONCLUSÃO

A solidariedade nos ensina a ajudar o próximo com o intuito de buscar o bem estar do outro, o apoio deverá possibilitar condições necessárias para que possamos caminhar com as próprias “pernas”. O HIV/AIDS não é uma sentença de morte a ponto de limitar a capacidade do sujeito a limitar-se a esperar o fim da vida, a cada dia percebemos o avanço científico no combate ao vírus, por mais que a associação com a morte esteja presente, pelo fato de ainda ser uma doença incurável, o indivíduo consegue ter uma qualidade de vida quando consegue ceder ao tratamento de maneira eficaz. À medida que a adaptação vem surgindo, percebemos que as atitudes psíquicas e espirituais são fundamentais para o crescimento pessoal possa surgir de maneira mais adaptativa frente ao problema vivenciado.

A discriminação social, ainda fica evidenciada quando muitos pacientes relatam suas histórias, o preconceito enraizado no início da década de 80 ainda permanece vivo dentro da mente das pessoas. Parece que o aumento da dor é reflexo desse preconceito maldoso diante desse sujeito, as atitudes precipitadas vêm causando um sofrimento imensurável nessas pessoas. A teologia aparece dentro de um parâmetro que tende a argumentar as diversas formas de como as religiões lidam com essa problemática social. Normalmente temos a ideia de acolhimento do indivíduo que passa por algum tipo de sofrimento, por parte da religião, mas não é esse o contexto que se percebe desde o surgimento da doença. É bem verdade que muitas pastorais vêm ajudando essas pessoas que convivem com o vírus HIV/AIDS, mas muito ainda tem que ser feito a quebra de uma visão dogmática diante da situação ainda tem sido um desafio por parte de membros que compõe os diferentes tipos de religiões. A estrutura da pesquisa possibilita a visualização de várias referências que confirmam a situação exposta.

O estudo teve a preocupação em verificar as questões psicológicas, sociais e teológicas dentro de perspectiva construtiva que possibilite uma reflexão cautelosa da realidade das diversas pessoas que tem HIV/AIDS. As perdas que muitas dessas pessoas sofrem no decorrer da sua vida fazem com que elas precisem cada vez mais de apoio incondicional por parte de suas

famílias e amigos, para que dessa maneira possam encontrar motivações para seguir em frente.

A proposta ética sugerida por parte da igreja é válida, mas deve ser considerado o momento do sofrimento. A sensação que muitas religiões passam, traz a ideia de pecado capital quando as orações e reflexões sugeridas pelas mesmas limitam-se ao pedido de perdão por transgredir as leis de Deus. O ser humano consegue elevar a sua dignidade quando consegue renascer diante das suas adversidades, a própria bíblia nos mostra que a vida de cristo foi digna por ele ser capaz de vincular sua realidade com a ética moral, e principalmente com a sua fé. No livro de Jó, conseguimos fazer um paralelo do que o sofrimento sem fé pode causar em uma pessoa, alguém sem crença pode ser capaz de ser influenciado de diversas maneiras. O ser resiliente precisa da sua crença para superar as adversidades para que possa perceber em que vive confortável com o seu sentimento de fé.

A complexidade do HIV/AIDS vai além de um simples vírus, principalmente quando ignoramos os valores individuais e associamos a presença do vírus ao fracasso de alguém que “burlou” regras de convencia impostas por meios que esquecem da individualidade que defini o que somos. A perfeição moral não existe, e é por isso que a perspectiva cristã inspira a resiliência dentro das nossas limitações quando conseguimos reconhecer e expressar nosso valor com espontaneidade, independentemente do que somos ou do que temos. Precisamos deixar que as “máscaras” sociais caiam para que possamos entender que a moralidade utópica não existe, o problema existe e não tem como negá-lo, apontar erros das mais variadas instancias como pecado, infidelidade ou promiscuidade, apenas contribui para que as tendências discriminatórias sobre o tema HIV/AIDS seja cada vez mais reforçado. Dessa forma afastamos um problema, e construímos outros.

REFERENCIAS

ACIDIGITAL. **Igreja Católica é a instituição que mais ajuda os doentes de AIDS no mundo.** Disponível em <http://www.acidigital.com/noticia.php?id=20749> acesso em: 07/09/2012.

ALISON. **AIDS como lugar de revelação**, em: ASMANN, Hugo. René Girard com teólogos da libertação; um diálogo entre ídolos e sacrifícios. Petrópolis; Vozes, 1991

ANGERAMI, Valdemar Augusto. **Psicologia e Religião**. São Paulo: Cengage Learning, 2008.

ARNADA, Fernanda. **Homens deixam camisinha de lado e crescem nas estatísticas do HIV.** Disponível em <http://www.direitoshumanos.etc.br/index.php?option=com_content&view=article&id=12448: cresce-o-contagio-da-aids-entre-jovens-gays-e-idosos&catid=45:direito-a-saude&Itemid=226> acesso em: 19/11/2012.

ASSUNÇÃO, Evaldo A. D'. **Os que partem, os que ficam: a morte não é um problema para os que partem, e sim para os que ficam**. Belo Horizonte: FUMARC, 2007.

BBC Brasil. **Declaração de papa sobre camisinha é bem recebida por ativistas.** Disponível em <http://www.bbc.co.uk/portuguese/noticias/2010/11/101121_paparepercussao_i_s.shtml> acesso em 07/09/2012.

BEE, Helen. **O ciclo vital**. Porto Alegre: Artmed, 1997,

BENJAMIN, Alfred. **A entrevista de ajuda**. São Paulo: Martins Fortes, 2008

BOFF, Leonardo. **Jesus Cristo libertador: ensaio de cristologia crítica para o nosso tempo**. Petrópol¹ KUBLER – ROSS, Elizabeth. **AIDS: o desafio final**. São Paulo: Best Seller, 1988.

BONO, Ernesto. **AIDS, quem perde, quem ganha, uma história mal contada**. Porto Alegre: Rígel, 1999.

BOWLBY, J **Apego e Perda**. São Paulo, Martins Fontes, 1984.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. **Guia para o Cuidador Domiciliar de Pessoas que Vivem com HIV/Aids** / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. – Brasília : Ministério da Saúde, 2010.

BRODD, Sven-Erick. **Elementos Eclesiológicos para Entender “Igreja” na Pandemia de HIV/AIDS**. Estudos Teológicos. São Leopoldo v. 50 n. 1 p. 82-101 jan./jun. 2010.

CAMPOS, Shirley. **Como caracterizar o luto vivido pelos pacientes infectados pelo HIV**, 2004. Disponível em: <

<http://www.drashirleydecampos.com.br/noticias/11436>> acesso em: 27/11/2012.

CASTEL, Robert. **Exclusao_social**. Disponível em: <http://pt.wikipedia.org/wiki/Exclusao_social>. Acesso em: 22 de Abril 2011.

Centro de Referencia Técnica em Psicologia e Políticas Públicas (CREPOP). **Referencias técnicas para a atuação do(a) psicólogo (a) nos Programas de DST e aids**. Conselho Federal de Psicologia (CFP) – Brasília, CFP, 2008.

CLINEBELL, Howard J. **Aconselhamento pastoral: modelo centrado em libertação e crescimento**. São Leopoldo: Sinodal, 1987.

Comissão Arquidiocesana de Bioética e Defesa da Vida. **Igreja Católica é a instituição que mais ajuda os doentes de AIDS no mundo**. Disponível em <<http://www.promotoresdavidia.org.br/noticias/434-igreja-catolica-e-a-instituicao-que-mais-ajuda-os-doentes-de-aids-no-mundo>> acesso em: 07/09/2012.

CONSORCIO DA AFRICA AUSTRAL SOBRE SIDA (SAT). **Normas para o aconselhamento sobre cuidados paliativos e de falecimento**. Nº 03, agencia canadiana para o desenvolvimento internacional. Zimbabwe, 2004.

DAMATTA, Roberto. **O que faz o brasilBrasil?** Rio de Janeiro: Rocco, 1984.

Brasília, CFP, 2008. P. 19.

ERTHAL, Tereza Cristina Saldanha Erthal. **Treinamento em Psicoterapia Vivencial**. Ed. Livro Pleno

ESCUDEIRO, Aroldo. **Convivendo com as perdas**. Disponível em: Site RNT-redenacionaldetanatologia.psc.br.

FERNANDO, Edson; Resende, Jonas. **Dores que nos transformam**. Rio de Janeiro: Mauad, 2002

FERREIRA, Claudio Vital de Lima, **AIDS e exclusão social: um estudo clinico com pacientes com HIV/São Paulo**: Lemos Editorial, 2003.

FILHO, Vicente Gregório de Sousa. **Teologia e Cuidado Pastoral**. Parnaíba: SIEART, 2010.

GESTENBERG, Erhard S. **Por que sofrer? O sofrimento na perspectiva bíblica**. São Leopoldo: Sinodal, 2007.

GUTIÉRREZ, Gustavo. **Falar de Deus a partir do sofrimento do inocente: Uma reflexão sobre o livro de Jó**. Petópolis: Vozes, 1987.

HALL, Calvin S. **Teorias da Personalidade**. Porto Alegre: Artmed, 2000.

HOCH, Lothar Carlos e Susan M.Rocca. **Sufrimento, resiliência e fé: implicações para as relações de cuidado/in**: Jr. Cezar, Brito Marcia, Deackmann Thais [Organizado por]. – São Leopoldo: Sinodal/EST, 2007.

HOCH, Lothar Carlos e Thomas Heimann. **Aconselhamento pastoral e espiritualidade/** São Leopoldo/EST: Sinodal, 2008.

IBGE: Cidades. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/cidadesat/painel/painel.php?codmun=220770>> acesso em: 02/06/2012.

Informação bíblica. **AIDS.** Disponível em <<http://www.jesusvoltara.com.br/info/aids.htm>> acesso em: 15/11/2012.

INTERFACE. A Problemática da Exclusão/Inclusão Social Dos Portadores de HIV/AIDS no Brasil. Disponível em <<http://ccsa.ufrn.br/ojs/index.php/interface/article/view/217>> acesso em: 08/11/2012.

IRIN. **Religião e HIV: do castigo divino aos braços abertos.** Disponível em http://www.irinnews.org/pdf/pn/Suplemento_PlusNews_No5_Outubro_2008.pdf acessado no dia 07/09/2012.

J. ALISON. Aids como lugar de revelação, em: ASMANN, Hugo (ed.) **René Girard com teólogos da libertação: um diálogo entre ídolos e sacrifícios.** Petrópolis: Vozes, 1991.

KAHHALE, Edna Peters. **HIV-AIDS: enfrentando o sofrimento psíquico.** São Paulo: Cortez, 2010

KOINONIA Presença Ecumênica e Serviço. **AIDS e Igrejas: um convite à ação.** São Paulo: Timbre comunicação e propaganda, 2001.

KÜBLER-ROSS, Elisabeth. **Sobre a morte e o morrer.** São Paulo: Martins Fontes, 2008.

LARROSA, Susana Maria Rocca. **As contribuições da espiritualidade e da pastoral católicas no desenvolvimento da resiliência, em jovens de 18 a 29 anos.** São Leopoldo, 2011.

LUKAS, Elizabeth. **Psicologia espiritual.** São Paulo: Paulus, 2002.

MARTINS, José de Souza. **Exclusão social e a nova desigualdade.** São Paulo: Paulus, 1997.

MOREIRA, José Roberto. **Uma igreja e uma sociedade sem exclusões: a Festa das Tendras na diocese de Lages / José Roberto Moreira ; orientador Wilhelm Wachholz. – São Leopoldo : EST/PPG, 2010.**

MUSSKOPF, André Sidnei. **Via(da)gens Teológicas: itinerários para uma teologia que no Brasil.** São Paulo: Fonte Editorial, 2012. Pág. 119.

PAGELS, E. **Adão e Eva e a serpente.** Rio de Janeiro. Editora Rocco, 1992.

PARKERS, Colin Murray. **Luto: estudos sobre perda na vida adulta.** São Paulo: Summus Editorial, 1998.

PASTORAL DE DST/AIDS - CNBB. **Igreja e AIDS: Presença e Resposta.** Porto Alegre. Editora São Miguel. 2004.

PASTORAL DST/AIDS. **Viu e teve compaixão...Igreja e AIDS.** Fortaleza: São Miguel, 2002.

PINCUS, Lily. **A família e a morte: como enfrentar o luto**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1989.

Ponto de Equilíbrio. **Os cinco Estágios do luto**. Disponível em <<http://pontoterapeutico.blogspot.com.br/2010/06/os-cinco-estagio-do-luto.html>> acesso em: 06/10/2012.

P. SCHULTZ, Duane. **Teorias da Personalidade**. São Paulo: Pioneira Thomson Learning, 2004.

RIBEIRO, Sergio. **A origem do luto**. 2010. Disponível em: <<http://oespiritodaverdade.blogspot.com.br/2010/01/origem-do-luto.html>> acesso em: 07/10/2012.

ROSA, Ronaldo Sather. **Resiliência e Fé**. Disponível em <http://cuidadopastoral.blogspot.com.br/2010/04/resiliencia-e-fe.html> acesso em: 17/11/2012.

SAMPAIO, Tania Maria Vieira. **AIDS e Religião: aproximações ao tema**. UNIMEP. 2002.

SANTOS, Hugo N.; HOCH, Lothar Carlos. . **Dimensões do cuidado e aconselhamento pastoral**: contribuições a partir da América Latina e do Caribe. São Paulo: ASTE, São Leopoldo CETELA 2008.

SCHNEIDER-HARPPRECHT, Cristoph. **Teologia prática no contexto da América**. São Leopoldo; Sinodal, 1998.

SILVA; Carla Glenda. **Psicologia Ciência e Profissão**, 2007, 27^o ed.

SOLANO, João Paulo Constantino. **Diagnóstico e tratamento – Cuidados Paliativos**. Barueri: Manole, 2006.

SOLLE, Dorothee. **Sofrimento**. Petrópolis: Editora Vozes, 1996.

SUA MENTE. **Pirâmide de Maslow - A Hierarquia das Necessidades de Maslow**. Disponível em <<http://site.suamente.com.br/a-piramide-de-maslow/>> acesso em: 17/11/2012.

TACCHINI. Sistema Integrado de saúde. **AIDS x Preconceito**. 2008. Disponível em <<http://www.tacchini.com.br/conteudo.php?url=aids-x-preconceito>> acesso em: 07/10/2012.

TRANSFERETTI, José. **Família e AIDS: comunicação, conscientização e saúde**/ José Trasferetti. – Campinas, SP: Editora Átomo, 2002.

Wikipédia, a enciclopédia livre. **Luto**. Disponível em: <http://pt.wikipedia.org/wiki/Luto> acesso em: 28/11/2012.

WISE, Carroll. **Pastoral Psychotherapy**. New York, Jason Aronson, 1980

ZIMERMAN, Guide I. **Velhice: aspectos biopsicossociais**. Porto Alegre: Artmed, 2000.

