

**ESCOLA SUPERIOR DE TEOLOGIA**  
**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM TEOLOGIA**

FERNANDA ADRIANE DE CASTRO ESTRELLA

O HIV NA VISÃO DE UM GRUPO DE LÍDERES RELIGIOSOS DE  
SÃO LEOPOLDO-RS

São Leopoldo

2012

FERNANDA ADRIANE DE CASTRO ESTRELLA

O HIV NA VISÃO DE UM GRUPO DE LÍDERES RELIGIOSOS DE  
SÃO LEOPOLDO-RS

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 e Teologia

Orientador: André Sidnei Musskopf

Segundo Corretor: Valburga Streck

São Leopoldo

2012

FERNANDA ADRIANE DE CASTRO ESTRELLA

O HIV NA VISÃO DE UM GRUPO DE LÍDERES RELIGIOSOS DE  
SÃO LEOPOLDO-RS

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 e Teologia

Data:13/12/2013

---

André Sidnei Musskopf - Doutor em Teologia - Escola Superior de Teologia

---

Valburga Streck - Doutor em Teologia - Escola Superior de Teologia

*Dedico esse trabalho ao meu marido  
Eduardo, a minha filha Maria  
Eduarda .*

## AGRADECIMENTOS

*Ao meu orientador, Prof. Dr. André Sidnei Muszkopf, pelo acompanhamento, orientação e amizade;*

*Ao Curso de Mestrado Profissional em HIV/AIDS e Teologia, da Escola Superior de Teologia, na pessoa da sua coordenadora Prof. Dra. Valburga Schmiedt Streck, e a todos os outros mestres e doutores que participaram desta caminhada;*

*Ao grupo de visitantes da Fundação Hospital Centenário, por estar sempre pronto a cooperar.*

*“Aprender generosamente significa  
não aprender com egoísmo,  
buscando a aquisição do  
conhecimento para vaidade pessoal  
ou para vangloriar-se em um  
amanhã de triunfos exteriores,  
esquecendo que muito do aprendido  
foi ensinado para evitar sofrimento e  
permitir a passagem pelos trechos  
difíceis no longo caminho da vida”.*

(Raumsol)

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

E83h Estrella, Fernanda Adriane de Castro  
O HIV/AIDS na visão de um grupo de líderes religiosos de São Leopoldo-RS / Fernanda Adriane de Castro Estrella ; orientador André Sidnei Musskopf. – São Leopoldo : EST/PPG, 2012.  
89 f. : il. ; 30 cm.

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

1. AIDS (Doença) – São Leopoldo (RS). 2. AIDS (Doença) – Pacientes – Aconselhamento pastoral. 3. Obras da Igreja junto aos aidéticos. 4. Hospital Centenário (São Leopoldo, RS). I. Musskopf, André Sidnei. II. Título.

Ficha elaborada pela Biblioteca da EST

## RESUMO

Os últimos 30 anos foram marcados pelo surgimento da maior epidemia que a humanidade tem conhecimento: um vírus mortal causador de milhões de óbitos em todas as partes do mundo, mas que ao mesmo tempo trouxe para todos um momento de reflexão e análise de atitudes e comportamento, além do preconceito e estigma causados pelos seus sinais e sintomas. No início da epidemia vários setores da sociedade fizeram as suas manifestações, infelizmente a maioria estabelecendo marcas que o tempo não consegue apagar. A AIDS foi definida como doença de drogados, homossexuais, prostitutas e imigrantes, e com isto as pessoas ficaram e ainda permanecem marcadas com este estigma social. Praticamente todas as cidades do país têm portadores do vírus entre os seus habitantes. De 1980 a junho de 2011, no Brasil, foram notificados 608.230 casos de AIDS. A cidade de São Leopoldo-RS não é diferente, sendo que nos últimos anos permanece entre as 10 cidades gaúchas com o maior número de casos de AIDS. Nesta realidade local encontramos um hospital geral no qual atua um grupo de religiosos cristãos que diariamente visita pacientes internados aconselhando, levando a palavra de compreensão e amor ao próximo. Deste grupo, 23 integrantes participaram de uma pesquisa a respeito da epidemia da AIDS, abordando aspectos como: o que pensam, como encaram, como sua igreja atua na problemática do HIV/AIDS. Os pesquisados são representantes das Igrejas Católica, Luterana, Pentecostal, Assembléia de Deus e Deus é Amor. Ao longo das respostas podemos ver que o tempo não passou, pois os mesmos pensamentos do início da epidemia como morte, pecado, culpa, preconceito e estigma estão vivos como nos primeiros casos e primeiras manifestações religiosas sobre esta problemática mundial.

**Palavras-chave:** HIV/AIDS. Grupo de visitantes. Hospital Centenário.



## **ABSTRACT**

The last 30 years were marked by the emergence of the largest epidemic humanity has known: a deadly virus that causes millions of deaths in all parts of the world, but at the same time everyone brought a moment of reflection and analysis of attitudes and behavior, beyond the prejudice and stigma caused by its signs and symptoms. At the beginning of the epidemic many sectors of society have their manifestations, unfortunately most established brands that time can not erase. AIDS was defined as a disease of drug addicts, homosexuals, prostitutes and immigrants, and that people were and are still marked with this social stigma. Virtually every city in the country are carrying the virus among its inhabitants. From 1980 to June 2011, in Brazil, 608,230 cases were reported with AIDS. The city of São Leopoldo-RS is no different, and in recent years remains among the 10 cities with a gaúcho largest number of AIDS cases. This local reality we find a general hospital in which it operates a group of religious believers who daily visit inpatient counseling, taking the word of understanding and love of neighbor. Of this group, 23 members participated in a survey about the AIDS epidemic, addressing issues such as: what they think, how they view as their church operates on the issue of HIV / AIDS. Respondents are representative of the Catholic Church, Lutheran, Pentecostal, Assembly of God and God is love. Over the answers we can see that time has stood still, as they thought the beginning of the epidemic and death, sin, guilt, stigma and prejudice are alive and in the early onset cases and religious world on this issue.

**Keywords:** HIV / AIDS. Group of visitors. Hospital Centenário.

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Ilustração 1: Mapa da região. O círculo marca a região onde foram encontrados os chimpanzés portadores de SIV 4.....	17
Ilustração 2: Chimpanzés têm o vírus, mas não ficam doentes .....	19
Ilustração 3: Municípios com pelo menos um caso de AIDS no Brasil (1980-2009) .....	40
Ilustração 4: Taxa de incidência de AIDS (por 100mil hab) no Brasil por região (1998-2010).....	44
Ilustração 5: Fachada do Hospital Centenário em 1934.....	66
Ilustração 6: Interior da Capela .....	67
Ilustração 7: Irmã Franciscanas da Penitência e Caridade Cristã após visita de enfermos na Clínica Médica Masculina.....	69
Ilustração 8: Comissão de Assistência Espiritual do Hospital Centenário .....	71

## LISTA DE TABELAS

Tabela 1: Resumo dos critérios de definição de caso de AIDS em indivíduos com 13 anos ou mais .....	28
Tabela 2: Estatísticas de Casos de HIV/AIDS em 2010 .....	39
Tabela 3: Igrejas participantes na pesquisa .....	72
Tabela 4: Escolaridade dos entrevistados .....	73

## LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1: Casos notificados de AIDS em São Leopoldo (1986-2009) .....	46
Gráfico 2: Distribuição dos casos de AIDS em São Leopoldo por gênero (1986-2009) .....	46
Gráfico 3: Faixa etária dos casos de AIDS em São Leopoldo (1986-2009) .....	47
Gráfico 4: Distribuição dos casos de AIDS pela etnia em São Leopoldo (1986-2009) .....	48
Gráfico 5: Situação de risco geradora dos casos de AIDS em São Leopoldo (1986-2009).....	48
Gráfico 6: Faixa etária dos entrevistados .....	72
Gráfico 7: Gênero dos entrevistados .....	73
Gráfico 8: Tempo de atuação religiosa .....	74
Gráfico 9: Você conhece alguém com HIV/AIDS?.....	75
Gráfico 10: Você conhece e já leu algum material educativo sobre HIV/AIDS? 76	
Gráfico 11: Você trabalhou com a temática HIV/AIDS em suas atividades religiosas? .....	77
Gráfico 12: Você já orientou/acompanhou alguém com HIV/AIDS? .....	77
Gráfico 13: Você costuma falar sobre HIV/AIDS em suas celebrações? .....	78

## LISTA DE SIGLAS

- HIV : Vírus da Imunodeficiência Humana Adquirida
- AIDS: Síndrome da Imunodeficiência Imunológica Humana Adquirida
- DNA: Ácido Desoxirribonucléico
- AZT: Zidovudina
- CDC: Center for Disease Control
- CD4: Grupamento de diferenciação 4 ou *cluster of differentiation*
- GRIDS: Gay-Related Immunodeficiency Syndrome
- RNA: Ácido Ribonucléico
- SIV: Vírus da Imunodeficiência Símia
- OMS: Organização Mundial de Saúde



## SUMÁRIO

<b><u>INTRODUÇÃO .....</u></b>	<b>16</b>
<b><u>1 AIDS .....</u></b>	<b>18</b>
<u>1.1 AIDS A SUA ORIGEM .....</u>	18
<u>1.2 O VÍRUS: HIV .....</u>	27
<b><u>2 PANDEMIA .....</u></b>	<b>37</b>
<u>2.1 PANDEMIA DO HIV/AIDS NO MUNDO .....</u>	39
<u>2.2 A PANDEMIA DO HIV/AIDS NO BRASIL .....</u>	42
<u>2.3 A PANDEMIA DO HIV/AIDS EM SÃO LEOPOLDO .....</u>	47
<b><u>3 RELIGIÃO/RELIGIOSIDADE E AIDS .....</u></b>	<b>53</b>
<u>3.1 HISTÓRICO DO HVI/AIDS NA VISÃO DAS RELIGIÕES .....</u>	53
<u>3.2 PENSAMENTOS DE ALGUMAS IGREJAS CRISTÃS .....</u>	60
<b><u>4 GRUPO DE ESPIRITUALIDADE QUE ATUA NO HOSPITAL CENTENÁRIO E SUAS PERCEPÇÕES SOBRE O HIV/AIDS .....</u></b>	<b>66</b>
<u>4.1 HOSPITAL CENTENÁRIO .....</u>	66
<u>4.2 PERCEPÇÕES DO GRUPO SOBRE HIV/AIDS .....</u>	70
<b><u>CONCLUSÕES .....</u></b>	<b>83</b>
<b><u>REFERÊNCIAS .....</u></b>	<b>85</b>

## INTRODUÇÃO

Eu ainda era criança e lembro-me de estar na casa da minha avó e ao ir em um minimercado próximo com a minha mãe, de repente ter o meu braço puxado e

atravessarmos rapidamente a rua. Não entendi nada naquele momento, mas depois escutei a conversa dos adultos falando que aquele vizinho tinha AIDS. Porém, para mim que estava no mundo das bonecas, do *Show da Xuxa* e iniciando minha vida acadêmica não significava nada.

A cada dia surgia na televisão mais e mais notícias a respeito deste vírus, os médicos e enfermeiros mais pareciam astronautas durante os cuidados com estes pacientes do que pessoas dispostas a oferecerem um consolo e uma palavra amiga. Os anos passaram, muitos artistas e personalidades morriam do tal vírus que neste momento já tinha nome: HIV.

Já estava entrando na adolescência quando no ano de 1990, mas precisamente no dia 7 de julho um dos meus maiores poetas nos deixou. Para mim que era uma fã de carteirinha foi à gota d'água. Cazuza morreu: ele havia perdido a batalha para o vírus. Neste momento, decidi que iria estudar muito para ajudar as pessoas que estavam portando o atestado de óbito a partir do momento do seu diagnóstico.

As formas de transmissão foram sendo definidas como o uso de drogas, transfusão sanguínea e relações sexuais. A partir deste momento o estigma e preconceito nasceram e mantêm as suas raízes até os dias atuais. O tempo passou muito se estudou, mas os pensamentos na primeira década ainda estão vivos. Fiz muitos cursos, especializações e trabalho diariamente com pacientes portadores do vírus e muitos já com AIDS. No ano de 2011, surgiu ainda uma nova proposta, um Mestrado com linha de pesquisa HIV/AIDS e Teologia o qual recebi de braços abertos. Foram quatro módulos passando desde os conceitos da epidemia, cuidado e ética, sexualidade, aconselhamento pastoral, entre várias disciplinas que culminaram neste trabalho. Ele inicia com a descrição do surgimento do vírus, passando pela descrição da pandemia no mundo, no Brasil e no município de São Leopoldo. Apresenta ainda as primeiras manifestações das Igrejas a respeito da doença que estava surgindo.

Será que evoluímos ao longo destes anos, os preconceitos diminuiram ou até acabaram? Qual o pensamento da igreja e seus líderes a respeito da pandemia HIV/AIDS? O último capítulo apresentará uma pesquisa realizada com o grupo de



Espiritualidade do Hospital Centenário, de São Leopoldo-RS, aplicada no mês de março de 2012. Ao todo, 23 entrevistados estarão apresentando o seu pensamento a respeito do tema para que possamos avaliar se nos dias de hoje ainda atravessamos a rua quando nos deparamos com paciente portador de HIV. Os anos passaram, vamos ver se o preconceito também passou. Boa leitura.

*Malditos os homens  
Maldita a vida  
Maldita a tua cara me olhando tão burra.*

*Uma maldição desabou sobre mim  
Ninguém entende o que eu falo  
Ninguém quer saber o que eu sinto.*

*Tem pena de mim, rezem missas  
Apelem pra religiões mas a minha vida é vida sagrada  
Pira dos deuses, sacanagem grega  
Vão tomar vergonha na cara  
A minha vida é uma viagem.*

*Fizeram macumba pra mim  
Disso eu tenho certeza mas eu sou muito amado  
Pelo povo brasileiro  
Desabou uma maldição sobre mim  
Veio das trevas da maldade do homem  
Eu tenho a dignidade das feras  
E aceito ter nascido marcado.<sup>1</sup>*

---

<sup>1</sup> CAZUZA. *Maldição*. Disponível em: <<http://letras.mus.br/cazuza/85067/#selecoes/85067>>. Vários acessos.

## 1 AIDS

Era uma vez um corpo que possuía um guerreiro que o protegia. Veio a diarreia e o guerreiro a eliminou. Depois veio a tuberculose. O guerreiro a combateu e a venceu. Qualquer doença que quisesse tomar conta daquele corpo era combatida pelo destemido guerreiro. Graças a ele, o corpo se mantinha saudável. Um dia, chegou um vírus que começou a paquerar o guerreiro. Aproximou-se e se apresentou como inofensivo, confundindo o guerreiro. Depois de alguns anos, quando o guerreiro estava muito fragilizado, voltaram a diarreia e a tuberculose e um enorme séquito de doenças. Apoderaram-se do corpo e não o soltaram até que o mataram.<sup>2</sup>

### 1.1 AIDS a sua origem

Talvez a história da humanidade possa ser dividida entre antes e depois do surgimento do HIV/AIDS. Ou é possível pensar que o vírus esteve há muito tempo entre os seres humanos e somente nas últimas décadas é que houve mais informações a respeito dos seus efeitos. Ou ainda que o vírus esteja apenas começando a dar os seus primeiros passos. O que realmente importa é que ele está convivendo conosco todos os dias, seja bem próximo como portadores, familiares, doentes, profissionais que atuam com estas pessoas, ou pessoas que estão presas a determinados padrões e conceitos e que, por não entenderem todas as questões envolvidas nessa realidade, acabam por provocar sofrimentos de várias ordens na vida de quem está envolvido na luta contra a epidemia e suas consequências.

Teríamos sido contaminados através de relações sexuais com animais? O vírus foi criado em laboratório para ser uma arma biológica? Seria um castigo de Deus para aqueles que não seguem ou não seguiram as suas regras? Não sabemos e nunca saberemos o exato momento em que o ser humano encontrou-se com o vírus e começaram a conviver no mesmo corpo. A República dos Camarões (Ilustração 1), com suas matas exuberantes que se estendem para o sul e englobam boa parte do Gabão, estava sendo o cenário desta colonização em busca das riquezas e conquistas dos povos do Primeiro Mundo. Neste território, os chimpanzés testemunharam a história dessas nações. Habitados aos negros africanos desfilando sob seus olhares presenciaram a chegada de homens brancos

---

<sup>2</sup> CONFERÊNCIA NACIONAL DOS BISPOS DO BRASIL. Pastoral DST/AIDS. *Vulnerabilidade social e AIDS: o desafio da prevenção em tempos de pauperização da epidemia*. Porto Alegre: CNBB, 2005.pág.103

portugueses em 1470 por embarcações no litoral. Observaram invasões humanas para retirada de látex e óleo de palmeira. Suas matas eram invadidas cada vez mais. Além de testemunhas, eles viraram vítimas: caçadores adentravam a mata em busca de sua carne. Mortos, os corpos dos chimpanzés eram destrinchados pelos facões e, seus pedaços, ensacados pelos homens armados. A jornada desses caçadores terminava nos mercados dos vilarejos próximos. Retornavam ensanguentados pela caça. Manipulavam a carne ensanguentada dos chimpanzés nos mercados. Os consumidores levavam a carne para suas residências e também entravam em contato com o sangue. Os africanos não sabiam da existência de um vírus presente nesses chimpanzés de Camarões e Gabão.<sup>3</sup>

**Ilustração 1:** Mapa da região. O círculo marca a região onde foram encontrados os chimpanzés portadores de SIV 4



Os séculos seguintes foram marcados pelas grandes navegações, as conquistas de novas terras, a evangelização de novos povos, a troca de presentes inclusive doenças entre os homens brancos e os indígenas e africanos. Porém, o HIV/AIDS nem era mencionado nem causava estragos neste período da história do mundo, seja pela pouca expectativa de vida da civilização ou pela sua pouca disseminação entre os seres humanos. Neste período, o Brasil foi descoberto pelos mesmos homens brancos que frequentavam as florestas da África, primeiramente o nosso litoral e depois de algum tempo as outras regiões. Com a vinda de vários imigrantes europeus, a nossa região foi colonizada pelos alemães; assim, em 1824, já estava surgindo a cidade de São Leopoldo.

<sup>3</sup> UJVARI, Stefan Cunha. *A história contada pelos vírus, bactérias, parasitas e outros microrganismos*. 2. ed. São Paulo: Contexto, 2011.

O mundo seguia o seu rumo, porém no final dos anos 1930 e início dos anos 1940 ocorreu a Segunda Guerra Mundial. Foram tempos difíceis e a caça intensificou-se na África. Foi uma época de fome em muitos lugares do mundo. Neste mesmo período, do outro lado do oceano, iniciou-se a construção do Hospital Centenário em São Leopoldo para receber as vítimas da guerra. Não foi preciso utilizá-lo para esta finalidade, uma vez que as lutas e derramamentos de sangue não atingiram São Leopoldo. Naquele momento, não foi sequer pensado ou imaginado que aqueles quartos que estavam sendo planejados e construídos com o auxílio da população seriam enfermarias para mais tarde acolher os pacientes contaminados com o vírus HIV.

Os macacos caçados (Ilustração 2) em grande quantidade nas florestas africanas possuíam um vírus que se encontra em um quinto dos animais de mais de trinta espécies de primatas, o qual entrou no organismo humano por escoriações e ferimentos. O vírus já presente no sangue humano ganhou a capacidade de alcançar as secreções genitais, conseguindo atingir outros humanos pela relação sexual. A prostituição, os estupros e as relações sexuais catalisaram o aumento da circulação do novo vírus. Alguns cientistas especulam se as campanhas de vacinação também auxiliaram sua disseminação, pois agulhas não esterilizadas e não descartáveis podem ter contribuído para o surgimento de novos portadores do vírus.<sup>4</sup>

Esta versão de contaminação da raça humana a partir do sangue dos macacos foi mais uma vez confirmada no ano de 2006, quando a equipe formada com pesquisadores das universidades de Nottingham (Grã-Bretanha), Montpellier (França) e Alabama (Estados Unidos). O coordenador da pesquisa, Paul Sharp, professor de genética da Universidade de Nottingham, que já pesquisa há 10 anos o surgimento do vírus HIV, afirmou:

É possível que a transmissão do vírus dos chimpanzés para os homens tenha ocorrido no sudeste de Camarões e se espalhado para o resto do mundo. Considerando-se que o HIV provavelmente surgiu há 75 anos, é bastante improvável que exista na natureza qualquer outro vírus mais

---

<sup>4</sup> UJVARI, 2011.

parecido com o que ataca os seres humanos.<sup>5</sup>

Este estudo, publicado na Revista *Science* em setembro de 2006, reafirma que a transmissão entre homem-macaco ocorreu devido ao hábito de populações africanas em consumir carne de chimpanzés, gorilas e outros grandes macacos, sendo esta teoria aceita pela maioria dos cientistas como explicação possível para que o vírus trafegue entre as duas espécies.<sup>6</sup>

**Ilustração 2:** Chimpanzés têm o vírus, mas não ficam doentes<sup>7</sup>



Pesquisas realizadas no Setor de Infectologia da UNICAMP (Brasil) também apontam a África como berço do HIV e a transmissão a partir dos chimpanzés.

A infecção pelo HIV começou a ser observada na metade do século 20. Os relatos iniciais contam que a doença surgiu na África Central e, provavelmente, pela mutação dos vírus do macaco. Algumas experiências comprovam que o elo perdido na passagem dos primatas para o homem parece estar relacionado à questão da manipulação de carnes de chimpanzés infectados na África. A doença, então levada para pequenas comunidades da região central, se disseminou pelo mundo todo com a globalização.<sup>8</sup>

A doença alastrou-se pela população africana de modo silencioso e lento. Ocultou-se entre as inúmeras mortes atribuídas à diarreia, desnutrição, tuberculose

---

<sup>5</sup>CIENTISTAS anunciam descoberta da origem do HIV. **BBC BRASIL**. Disponível em <[http://www.bbc.co.uk/portuguese/ciencia/story/2006/05/060525\\_hivorigemmb.shtml](http://www.bbc.co.uk/portuguese/ciencia/story/2006/05/060525_hivorigemmb.shtml)>. Acesso em: 10 nov. 2012.

<sup>6</sup>UNIVERSIA Brasil. Origem do Vírus. Disponível em <<http://noticias.universia.com.br/destaque/noticia/2006/06/02/440140/origem-do-virus.html>> Acesso em: 05 nov. 2012.

<sup>7</sup>CIENTISTAS anunciam descoberta da origem do HIV. **BBC BRASIL**. Disponível em <[http://www.bbc.co.uk/portuguese/ciencia/story/2006/05/060525\\_hivorigemmb.shtml](http://www.bbc.co.uk/portuguese/ciencia/story/2006/05/060525_hivorigemmb.shtml)>. Acesso em: 10 nov. 2012.

<sup>8</sup>GARDENAL, Isabel. **AIDS 20 anos depois**. Disponível em: <[http://www.unicamp.br/unicamp/unicamp\\_hoje/ju/outubro2002/unihoje\\_ju196pag05.html](http://www.unicamp.br/unicamp/unicamp_hoje/ju/outubro2002/unihoje_ju196pag05.html)>. Acesso em: 10 nov. 2012.

e pneumonia reinantes entre a população empobrecida. O vírus apanhou carona em embarcações e aviações para novos continentes, desembarcou na ilha do Haiti e disseminou-se entre a população pobre. Foi transmitida pela transfusão sanguínea a um geólogo francês em 1978 em Porto Príncipe e, provavelmente, imigrantes haitianos infectados levaram o vírus para os Estados Unidos da América, que circulou de maneira oculta entre homossexuais masculinos.<sup>9</sup>

Somente a partir do final dos anos 1970 e do começo dos anos 1980, ao atingir pessoas no Primeiro Mundo, o HIV adquiriu notoriedade. O desconhecimento era tanto que foi inicialmente chamada de “*peste gay*”. Posteriormente, os indivíduos foram divididos nos famosos grupos de risco, o que além de ter sido uma atitude errônea, contribuiu para o aumento da discriminação das pessoas HIV positivo e dos seus hábitos de vida.<sup>10</sup>

Outra hipótese que circula no meio científico é a do bioquímico alemão, naturalizado americano, Peter Duesberg, da Universidade da Califórnia, em Berkeley. Para ele, o abuso de drogas recreativas e farmacêuticas, e não o HIV (Vírus da Imunodeficiência Humana), é a causa primária da AIDS. Segundo esta hipótese, a AIDS não é mais que o nome dado a várias doenças sem relação umas com as outras e que podem ter como origem o abuso de drogas recreativas como a heroína e a cocaína, a malnutrição, ou o uso de drogas finalizadoras da cadeia de DNA, como o AZT (o mesmo que é utilizado para tratar a infecção pelo HIV). O HIV é, assim, visto como apenas um vírus passageiro, levantando a questão se a infecção pelo HIV acontece de fato ou não.<sup>11</sup>

Em uma entrevista concedida para a Revista Superinteressante em outubro de 2000, Duesberg descreve que o HIV/AIDS é uma epidemia química, não contagiosa, provocada pelo uso persistente de drogas nos Estados Unidos e na Europa, e pela má nutrição (a falta de nutrientes causa problemas químicos, tanto quanto as drogas) na África. O fato de um vírus estar presente em um paciente não é suficiente para provar que ele seja a causa da doença.

---

<sup>9</sup> UJVARI, 2011.

<sup>10</sup> SPRINZ, Eduardo et al. *Rotinas em HIV e AIDS*. Porto Alegre: Artes Médicas Sul, 1999.

<sup>11</sup> HIPÓTESE DE DUESBERG. In: Wikipédia: a enciclopédia livre. Disponível em <[http://pt.wikipedia.org/wiki/Hip%C3%B3tese\\_de\\_Duesberg](http://pt.wikipedia.org/wiki/Hip%C3%B3tese_de_Duesberg)>. Acesso em: 01 nov. 2012.

Nesta entrevista, Peter Duesberg ainda manifesta-se contrário ao uso dos antirretrovirais para tratamento do HIV/AIDS. O cientista ainda relata que, de acordo com a Organização Mundial de Saúde, atualmente 33 milhões de pessoas são HIV positivo, mas menos de dois milhões desenvolveram a doença desde que ela é conhecida. Portanto, há 31 milhões de pessoas infectadas e completamente saudáveis no mundo. Ou seja, ele reconhece o vírus HIV, mas não como causador da AIDS. Outro fato mencionado na entrevista é que a AIDS não é compatível com os critérios usados para definir uma doença como infecciosa – isto é, causada por micro-organismos. Para começar, todas as infecções levam ao contágio e são comumente transmitidas para quem trata os pacientes. Não se conhece um único médico ou enfermeira que tenha contraído AIDS dessa maneira. No total, desde que a AIDS foi diagnosticada há 20 anos, mais de 750.000 casos já foram registrados nos Estados Unidos. O fato de não ter havido a contaminação de um médico ou uma enfermeira sequer demonstra que a AIDS não é contagiosa.<sup>12</sup>

De qualquer forma os grupos de risco eram pessoas com comportamentos semelhantes e que nos primeiros anos da epidemia foram os primeiros atingidos pelo vírus. Dentre estes grupos, foram listados as prostitutas, homossexuais masculinos, usuários de drogas injetáveis e estrangeiros.

Assim, a transmissão do HIV passou a ser descrita apenas como resultado de transmissão sexual e uso de drogas. A forma inicial de contaminação a partir de contato direto entre a pele e o sangue é deixada de lado e muitas vezes não é citada em bibliografias ou estudos. O estigma da doença como sendo fruto de atitudes ilícitas e não aceitas socialmente é o marco inicial da doença que até os dias atuais é preservado.

Essa narrativa insere a discussão sobre HIV/AIDS numa outra realidade, muitas vezes pouco conhecida. A discussão em torno do surgimento do vírus e de sua propagação pelo mundo, muitas vezes, é carregada de todos os preconceitos e juízos que foram sendo construídos ao longo da história da epidemia. Por isso, é importante desmistificar temas como esses, que dificultam e impedem o seu enfrentamento, e refletir mais claramente sobre os aspectos médicos e biológicos,

---

<sup>12</sup> DIEGUEZ, Flávio. Peter Duesberg. REVISTA Superinteressante, out. 2000.pág.115

bem como nas questões sociais implicadas no cotidiano de quem vive e convive com HIV/AIDS.

A Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS) foi reconhecida como uma nova doença nos Estados Unidos, quando médicos em New York, Los Angeles e San Francisco começaram a diagnosticar homossexuais do sexo masculino com pneumonia causada por *Pneumocystis jiroveci* e com Sarcoma de Kaposi, doenças incomuns em adultos jovens sem doença imunodepressora previamente descrita. O primeiro relato na bibliografia médica alertava para uma nova síndrome caracterizada por deficiência do sistema imunológico que surgira em 1981, descrevendo cinco homossexuais em Los Angeles com pneumonia por *Pneumocystis jiroveci*. Esta descrição foi seguida de uma série de 26 homossexuais em San Francisco e New York e descrição de casos semelhantes em usuários de drogas intravenosas. Todos estes indivíduos tinham em comum o desenvolvimento de uma grave deficiência do sistema imunológico, caracterizada pela perda significativa de linfócitos T CD4 circulante. Em 1982, o Centers for Disease Control and Prevention (CDC), órgão responsável pela vigilância epidemiológica nos Estados Unidos, publicou 34 casos de Sarcoma de Kaposi e infecções oportunistas em haitianos que viviam em diferentes estados americanos, nenhum deles descrevendo comportamento sexual. Uma semana após, o CDC também descreveu a ocorrência de pneumonia por *Pneumocystis jiroveci* em hemofílicos. Já o primeiro caso de transmissão por transfusão sanguínea foi descrito em San Francisco, em um recém-nascido, ao fim de 1982. Por algum tempo, a nova doença foi denominada síndrome de imunodeficiência relacionada a homossexuais (gay-related immunodeficiency syndrome - GRID), mas em setembro de 1982 foi publicada uma nova definição de caso usando a designação AIDS.<sup>13</sup>

Neste momento, o HIV/AIDS já estava marcado para toda a sua história como sendo transmitida pelos homossexuais masculinos. Com a comunidade médica alerta, a cada dia mais casos semelhantes passaram a chegar ao conhecimento do CDC. A nova doença divulgada entre a comunidade médica estava chamando a atenção de outros setores da sociedade. A imprensa leiga, atenta aos rumores sobre o surgimento de uma doença fatal entre os homossexuais, tratou a

---

<sup>13</sup> LOPES, Antônio et al. *Diagnóstico e tratamento*. Barueri: Manole, 2006. v. 2.



questão com destaque. Grande parcela da mídia chamou a AIDS inicialmente de “*câncer gay*”.<sup>14</sup>

A procura de um agente causador da doença, constatada invariavelmente em todos os casos, tornou-se então prioridade dos pesquisadores envolvidos com esse novo problema. Agentes exógenos, como fatores ambientais e químicos, e agentes infecciosos passaram a ser estudados. Os inalantes à base de nitrito de amido, comumente usados como afrodisíacos em locais de recreação homossexual, foram pesquisados. Alguns vírus também passaram a ser investigados como o citomegalovírus e, posteriormente, alguns retrovírus.<sup>15</sup>

No entanto, alguns casos de imunodeficiência adquirida bastante semelhantes aos anteriormente encontrados foram reconhecidos logo após em usuários de droga endovenosa, embora inicialmente em número bem menor que os casos já conhecidos em homossexuais. Relatos de casos da nova doença em heterossexuais com história recente de transfusão sanguínea levaram à hipótese de transmissão da doença através de sangue contaminado. O aparecimento de um caso em mulher usuária de droga reforçou, afinal, a ideia de transmissão parenteral da AIDS. Finalmente, o surgimento de alguns casos de imunodepressão em crianças, filhas de usuárias de drogas, não muito depois, evidenciou a ocorrência da transmissão perinatal.<sup>16</sup>

Em 1984, a equipe de Luc Montagnier, do Instituto Pasteur, na França, isolou e caracterizou um retrovírus (vírus mutante que se transforma conforme o meio em que vive) como o causador da AIDS. Iniciou-se uma disputa científica entre os médicos Robert Gallo (americano) e Luc Montagnier (francês) a respeito da descoberta do vírus HIV. Neste mesmo ano, iniciou-se a estruturação do primeiro programa de controle da AIDS no Brasil, no Estado de São Paulo.<sup>17</sup>

A década 1980 foi cheia de inovações e descobertas a respeito do vírus,

---

<sup>14</sup> VERONESI, Ricardo. *Tratado de infectologia*. 2. ed. São Paulo: Atheneu, 2002.

<sup>15</sup> A identificação de um retrovírus (HIV) como agente etiológico da AIDS só viria a ocorrer dois anos após, quase que simultaneamente, por grupos de cientistas franceses e americanos. Após um longo processo, foi reconhecida a primazia dos franceses, que trabalharam no Instituto Pasteur, sob a coordenação de Luc Montagnier.

<sup>16</sup> VERONESI, 2006.

<sup>17</sup> BRASIL. Ministério da Saúde. **História da AIDS**. Disponível em <<http://www.aids.gov.br/pagina/historia-da-aids>>. Acesso em: 03 fev. 2012.

passando pela utilização do primeiro teste diagnóstico, primeiro caso de transmissão vertical (mãe-filho), criação do Programa Nacional de DST no Brasil e início da terapia antirretroviral. No ano de 1987, a Organização das Nações Unidas (ONU) decidiu transformar o dia 01 de dezembro como o dia para reforçar a importância da solidariedade, da tolerância, da compaixão e da compreensão em relação às pessoas infectadas.<sup>18</sup>

São Leopoldo teve os seus primeiros diagnósticos de pacientes com HIV/AIDS na década de 1980, mais precisamente no ano de 1986, paralelamente com os primeiros casos confirmados no Estado e no Brasil.

De acordo com pesquisas realizadas no Brasil, o risco de transmissão de infecção através de uma agulha contaminada utilizada em pacientes soropositivo é de um em três para Hepatite B, um em trinta para Hepatite C e um em trezentos para HIV.<sup>19</sup> Entre 1985 e 1998, o *Centers for Disease Control and Prevention* registrou 55 casos confirmados de infecção pelo HIV e 136 casos de possíveis contaminações entre trabalhadores de enfermagem e técnicos de laboratórios, nos Estados Unidos.<sup>20</sup>

A história do HIV/AIDS está muito mal contada desde o seu início e passados todos estes anos continua a ser o portador do vírus e sua família quem mais sofre na pele a ignorância do que se passa com sua saúde e com o seu corpo.<sup>21</sup>

A AIDS criou um grupo de estigmatizados e discriminados que chegou a ser banido do convívio social por ignorância sobre o modo de transmissão do vírus. Em vez de despertar a solidariedade com quem sofre de um mal desconhecido e incurável, o alarde provocou o preconceito e a discriminação contra os portadores desta doença. A religião muitas vezes foi usada como reforço para discriminação dos enfermos de AIDS. O vírus foi identificado como flagelo de Deus; a doença, como castigo de Deus ao comportamento desvirtuado dos portadores. Aproveitou-se o

---

<sup>18</sup> BRASIL. Ministério da Saúde. **História da AIDS**. Disponível em <<http://www.aids.gov.br/pagina/historia-da-aids>>. Acesso em: 03 fev. 2012.

<sup>19</sup> GODFR, K. Sharp practice. *Nurs Times*, v. 97, n. 2, p. 22-24, 2001.

<sup>20</sup> Centers For Disease Control And Prevention. Guideline for infection control in health care personal. *Infect Control Hosp Epidemiol*, v. 19, n. 6, 1998. p. 445.

<sup>21</sup> HIV SIDA, qual a verdade? Disponível em <<http://sida.home.sapo.pt/>>. Acesso em: 03 out. 2012.

pânico provocado pela doença para uma cruzada moralizadora sobre o sexo.

A AIDS em seu princípio histórico, no início dos anos 80, do século passado, trouxe à luz um repertório de preconceitos e estigmas que estavam adormecidos na consciência de muitas pessoas ou silenciadas propositalmente por outras. A constatação do aparecimento do vírus fez emergir não apenas as questões de ordem da saúde, mas trouxe à tona questões de cunho moral e religioso que prontamente se organizaram em um discurso normativo culpabilizador do corpo e suas relações. A compreensão que associa a doença a um castigo divino e a cura a uma bênção, fruto de arrependimento da pessoa pelo pecado, ficou mais fortemente abalada pela associação que a AIDS trouxe não apenas com os medos ancestrais das doenças e da morte, mas por trazer à tona a questão da sexualidade vivida, mas sem permissão de ser debatida, refletida. O fato de não enfrentar as questões fortes e pendentes da sexualidade não é privilégio das religiões.<sup>22</sup>

## 1.2 O vírus: HIV

O vírus só foi chamado de HIV em 1986 pelo Comitê Internacional de Taxonomia de Viroses. No Brasil, o primeiro caso de AIDS foi reconhecido em 1982, na cidade de São Paulo, em um homossexual com diagnóstico de Sarcoma de Kaposi. A doença causada pelo HIV é hoje considerada uma zoonose, que foi transmitida de primatas para humanos há décadas atrás.<sup>23</sup>

O HIV é o vírus causador da AIDS. Evidências científicas mostram que o HIV deriva de um vírus que cruzou várias espécies animais até chegar ao ser humano. Pesquisas mostram que o HIV tem uma relação bastante próxima com muitos vírus que causam imunodeficiência a um número de macacos simianos encontrados na África. Pensa-se, assim, que o HIV deriva provavelmente do SIV<sup>24</sup> depois de ter

---

<sup>22</sup> SAMPAIO, Tânia. Saúde e religião: binômio desafiado pela epidemia do HIV/AIDS. *Religião e Saúde*, ano 4, n. 16.

<sup>23</sup> LOPES, 2006.

<sup>24</sup> “O Vírus da Imunodeficiência Símia (SIV) é o equivalente símio do vírus da imunodeficiência humana (HIV). Após a identificação da AIDS em humanos, infecções similares foram observadas em macacos rhesus asiáticos em centros primatas nos EUA, tornando-se conhecido como AIDS símia. A reatividade do soro desses animais com antígenos HIV-1 pelo Western blot, levou a identificação do lentivírus relatado, denominado como vírus da imunodeficiência símia. No entanto, esse vírus não é hospedeiro natural patogênico desses primatas, o qual sugere uma evolução adaptativa. Tanto o vírus HIV-1 quanto o HIV-2 estão intimamente relacionados ao SIV, indicando uma relação entre a origem das infecções pelo HIV a eventos de transmissão entre espécies de primatas. O reservatório natural do HIV-2 foi identificado como sendo o do macaco verde africano. Já a origem do HIV-1 se deu entre exemplares da subespécie de chimpanzés, denominada *Pan troglodytes troglodytes*”. Disponível em: <[http://pt.wikipedia.org/wiki/V%C3%ADrus\\_da\\_imunodefici%C3%A2ncia\\_s%C3%ADmia](http://pt.wikipedia.org/wiki/V%C3%ADrus_da_imunodefici%C3%A2ncia_s%C3%ADmia)>. Acesso em: 03 fev. 2012.

sofrido transformações durante muitos anos, até a forma atual. O HIV é um vírus da família *retroviridae* (vulgarmente chamado de retrovírus) e o seu ácido nucleico é formado por RNA quando se encontra na forma livre (vírion).<sup>25</sup>

A infecção pelo HIV é uma doença crônica que após muitos anos resulta em imunodeficiência profunda manifestada por doenças oportunistas. As terapias efetivas antirretrovirais ou profiláticas alteram a história natural da infecção pelo HIV por retardar o desenvolvimento de infecções oportunistas e alterar a frequência de certas doenças oportunistas se desenvolverem.<sup>26</sup>

O HIV é transmitido através do contato direto do sangue na mucosa, pele ou na corrente sanguínea com um fluido corporal que contém o HIV, tais como sangue, sêmen, secreção vaginal, fluidos presemiais e leite materno. Esta transmissão pode acontecer durante o sexo anal, vaginal ou oral, por transfusão sanguínea, agulhas hipodérmicas contaminadas, o intercâmbio entre a mãe e o bebê durante a gravidez, parto ou amamentação, ou outra exposição a um dos fluidos corporais.<sup>27</sup>

Atividades ocupacionais envolvendo materiais biológicos são fatores de risco para a transmissão do vírus. Embora pequena, a chance de contágio pode ocorrer e na maioria das campanhas de prevenção este grupo não é informado deste perigo. Não só profissionais da área da saúde, mas catadores, policiais e tatuadores muitas vezes não sabem das formas de prevenção ou profilaxia após a exposição ao vírus.<sup>28</sup>

A principal via de transmissão do vírus HIV é através de relação homossexual ou heterossexual, com uma porcentagem de mais de 60% dos casos. A transmissão através de transfusão sanguínea não ocorre desde a década de 1990,

---

<sup>25</sup> “Por meio da ação da enzima transcriptase reversa, o ácido nucléico integra-se no núcleo celular das células CD4+ na forma de ácido DNA (provírus). Após a formação do provírus o HIV perverte a maquinaria celular ao seu próprio benefício, e replica destruindo a célula hospedeira. Pela distinção molecular existem dois tipos de HIV: HIV-1, de distribuição universal e HIV-2, restrito à África Ocidental. O HIV-1 é subdividido em três grupos O, M e N. O grupo M, o principal e mais disseminado, é composto por nove subtipos designados como: A, B, C, D, F, G, H, J, e K. Aproximadamente 85% das infecções no Brasil são atribuíveis ao subtipo B, seguidos pelo subtipo F (20%) e C (5%)”. WILSON, Walter R.; SANDE, Merle A. *Doenças infecciosas: diagnóstico e tratamento*. Porto Alegre: Artmed, 2004.

<sup>26</sup> GATES, Robert. *Segredos em infectologia: respostas necessárias ao dia a dia em rounds*, na clínica, em exames orais e escritos. Porto Alegre: Artes Médicas, 2000.

<sup>27</sup> SPRINZ, 1999.

<sup>28</sup> SPRINZ, 1999.

quando tornou-se obrigatória a testagem de todos os hemoderivados antes das transfusões. A transmissão perinatal representa cerca de 3 a 5% dos casos, com tendência de declínio devido à utilização da quimioprofilaxia nas gestantes. Existem relatos de transmissão através de inseminação artificial, transplantes de órgãos contaminados e tratamento dentário com profissional infectado pelo HIV. Estima-se que em torno de 0,25% de contaminação ocorra após exposição acidental ao HIV envolvendo material pérfuro-cortante.<sup>29</sup>

Várias são as formas de contaminação, mas infelizmente as formas mais citadas até os dias atuais são a via sexual e uso de drogas, incentivando e potencializando a cada momento que somente as situações de risco transmitem o HIV/AIDS, ficando o restante da população inerte e indiferente, pois não se classificam nestes grupos.

O quadro clínico desde a soroconversão até o óbito dos pacientes passa pelas fases de soroconversão, fase assintomática, AIDS e óbito.

- Soroconversão: inicia-se geralmente depois de 3 a 6 semanas após o contato com o vírus. O quadro é inespecífico, semelhante a uma infecção viral rotineira. O quadro é benigno e autolimitando. Os sintomas encontrados são: adenopatia aguda generalizada, exantema, encefalite, meningoencefalite, hipertermia, odinofagia e astenia. Nesta fase a replicação viral é elevada. O diagnóstico raramente é feito nesta fase, porém a transmissão já é possível. A soroconversão do paciente ocorre em média após 4 a 10 semanas após a exposição.
- Fase assintomática: o organismo entra em uma fase de equilíbrio que comumente prolonga-se por alguns anos. Esta fase tem duração variável entre 7 a 10 anos. Nesta fase, mesmo tendo o vírus adormecido, o portador transmite o vírus para os seus contatos, sejam sexuais, exposição em acidentes biológicos, transmissão vertical ou contato com suas secreções e excreções corporais.
- AIDS: As manifestações iniciais desta fase são: emagrecimento, hipertermia, diarreia e/ou alguma doença oportunista.<sup>30</sup>

Na Tabela 1, são apresentados os critérios adotados pelo Ministério da Saúde do Brasil para definição de casos de AIDS em indivíduos com treze anos ou mais para fins de vigilância epidemiológica.

---

<sup>29</sup> SALOMÃO, Reinaldo. *Guias de medicina ambulatorial e hospitalar: infectologia*. Barueri: Manole, 2006.

<sup>30</sup> LOPES, Antônio. *Clínica médica: guias de medicina ambulatorial e hospitalar*. Barueri: Manole, 2007.

**Tabela 1:** Resumo dos critérios de definição de caso de AIDS em indivíduos com 13 anos ou mais<sup>31</sup>

<b>RESUMO DOS CRITÉRIOS DE DEFINIÇÃO DE CASO DE AIDS EM INDIVÍDUOS COM 13 ANOS OU MAIS</b>
<b>CRITÉRIOS CDC ADAPTADO</b>
Existência de dois (2) testes de triagem ou um (1) confirmatório para detecção de anticorpos anti-HIV + Evidência de imunodeficiência: Diagnóstico de pelo menos uma (1) doença indicativa de AIDS <b>e/ou</b> Contagem de linfócitos T CD 4+ < 350 células/mm <sup>3</sup>
<b>E/OU</b>
<b>CRITÉRIOS RIO DE JANEIRO/CARACAS</b>
Existência de dois (2) testes de triagem ou um (1) confirmatório para detecção de anticorpos anti-HIV + Somatório de pelo menos dez (10) pontos, de acordo com uma escala de sinais, sintomas ou doenças
<b>E/OU</b>
<b>CRITÉRIO EXCEPCIONAL ÓBITO</b>
Menção a AIDS/SIDA (ou termos equivalentes) em algum dos campos da Declaração de Óbito(DO) + Investigação epidemiológica inconclusiva <b>OU</b> Menção a infecção pelo HIV (ou termos equivalentes) em algum dos campos da DO, além de doença(s) associada(s) à infecção pelo HIV + Investigação epidemiológica inconclusiva

De acordo com os critérios adotados pelo Ministério da Saúde, está sendo utilizada a listagem abaixo das doenças estabelecidas como oportunistas:

- 1) Criptococose extrapulmonar;
- 2) Câncer cervical invasivo;
- 3) Candidose de esôfago;
- 4) Candidose de traqueia, brônquios ou pulmões;
- 5) Citomegalovirose em qualquer outro local que não sejam fígado, baço e linfonodos; como a retinite por citomegalovírus;
- 6) Criptosporidiose intestinal crônica (período superior a um mês);
- 7) Herpes simples mucocutâneo, por um período superior a 1 mês;
- 8) Histoplasmose disseminada (localizada em quaisquer órgãos que não exclusivamente em pulmões ou linfonodos cervicais/hilares);
- 9) Isoporidiose intestinal crônica (período superior a um mês);
- 10) Leucoencefalopatia multifocal progressiva (vírus JC, um poliomavírus);
- 11) Linfoma não-Hodgkin de células B e outros linfomas dos seguintes histológicos: linfoma maligno de células grandes ou pequenas não clivadas e linfoma maligno

<sup>31</sup> BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa nacional de DST e AIDS. *Crítérios de definição de casos de AIDS em adultos e crianças*. Brasília: Ministério da Saúde, 2003.

- imunoblástico sem outra especificação;
- 12) Linfoma primário do cérebro;
  - 13) Pneumonia por *Pneumocystis carinii*;
  - 14) Qualquer micobacteriose disseminada em órgãos outros que não sejam o pulmão, pele ou linfonodos cervicais/hilares (exceto tuberculose ou hanseníase);
  - 15) Reativação de Doença de Chagas (meningoencefalite e/ou miocardite);
  - 16) Sepsis recorrente por bactérias do gênero *Salmonella* (não tifoide);
  - 17) Toxoplasmose cerebral.<sup>32</sup>

A cidade de Porto Alegre foi pioneira na instalação do primeiro centro de orientação sorológica no ano de 1987. A primeira definição de caso de AIDS adotada pelo Ministério da Saúde do Brasil foi em 1987, restrita aos indivíduos com quinze anos ou mais de idade. Desde então, a definição de caso em AIDS em adultos no Brasil passou por sucessivas revisões.<sup>33</sup>

Portar o vírus HIV não significa estar com AIDS, porém as duas palavras se confundem e entrelaçam-se. A pessoa portadora do vírus a partir do momento do seu diagnóstico, confirmado através de exame de sangue, segue em acompanhamento para identificar o momento necessário de iniciar com a terapia antirretroviral (TARV). A TARV ajudou e ajuda a manter vivos vários pacientes portadores do vírus e milhares de pacientes com AIDS. O primeiro antirretroviral aprovado para utilização foi a Zidovudina, em 1987. Em São Leopoldo, somente na segunda metade da década de 1990, iniciou-se o uso a TARV.

O tratamento antirretroviral introduzido a partir de 1996 revolucionou o prognóstico dos pacientes soropositivos. Inicialmente, a combinação de uma ou pelo menos três drogas diminuiu os óbitos e casos de doenças oportunistas em pacientes portadores do vírus HIV. Embora não seja uma cura para a infecção com o HIV, o uso dos antirretrovirais é normalmente uma supressão quase total da replicação do HIV. O tratamento é crônico, ou seja, para toda a vida. Muitas pessoas infectadas com o HIV não conseguem tolerar os efeitos tóxicos das drogas. A aderência é difícil devido, muitas vezes, ao grande número de comprimidos e efeitos colaterais decorrentes do uso diário dos medicamentos. O acesso no Brasil é considerado um dos melhores do mundo com disponibilização gratuita para todos os pacientes que necessitam do uso dos antirretrovirais. A OMS estimou que em 2002 houve 6

---

<sup>32</sup> BRASIL, 2003.

<sup>33</sup> BRASIL, 2003.

milhões de pessoas nos países em desenvolvimento com necessidade de TARV.<sup>34</sup>

Se no Brasil tem sido possível garantir os recursos necessários para a luta contra a AIDS, incluindo-se aí a aquisição e distribuição de medicamentos antirretrovirais, cobertura dos custos de exames e outros procedimentos, em grande medida é porque essa demanda se insere numa luta mais ampla pela manutenção e ampliação das fontes de financiamento público. Se no Brasil os números de atendimento às pessoas vivendo com HIV/AIDS mostram uma grande cobertura, mesmo quando comparados com a população brasileira que se estima portadora do HIV, é porque guardam conexão com os grandes números exibidos pelo SUS no cuidado à saúde da população, indicando também ampla cobertura.<sup>35</sup>

Os medicamentos ARV são divididos em:

**i) inibidores da transcriptase reversa análogos de nucleosídeos e nucleotídeos (ITR):** foram os primeiros medicamentos anti-HIV a surgirem. Bloqueiam a transcrição reversa (a criação do ADN viral a partir do ARN) ao produzirem elos que interrompem esse processo. A maioria é de análogos de nucleosídeos, exceto o tenofovir, que é análogo de nucleotídeos.

Ano de aprovação	Nome genérico	Nome comercial
1987	Zidovudina	Retrovix
1991	Didanosina	Videx
1992	Zalcitabina	Hivid
1994	Estavudina	Zerid
1995	Lamivudina	Epivir
1997	Zidovudina/Lamivudina	Combivir
1998	Abacavir	Ziagen
2000	Zidovudina/Lamivudina/Abacavir	Trizivir
2001	Tenofovir	Viread

**ii) inibidor da transcriptase reversa não-análogos de nucleosídeos (INNTRs):** esses também interrompem a transcrição reversa ao se unirem à enzima transcriptase, impossibilitando a sua atividade.

Ano de aprovação	Nome genérico	Nome comercial
1996	Neviparina	Viramune
1997	Delavirdina	Rescriptor
1998	Efavirenz	Sustiva

<sup>34</sup> TERAPIA antirretroviral para o tratamento da infecção pelo HIV. Disponível em <[http://whqlibdoc.who.int/hq/2004/WHO\\_HTM\\_TB\\_2004.329\\_por\\_chap11.pdf](http://whqlibdoc.who.int/hq/2004/WHO_HTM_TB_2004.329_por_chap11.pdf)>. Acesso em: 05 nov. 2012.

<sup>35</sup> BRASIL. Ministério da Saúde. *Resposta brasileira 2008-2009: relatório de progresso do país. Metas e Compromissos assumidos pelos Estados-Membros na Sessão Especial da Assembléia Geral das Nações Unidas sobre HIV/AIDS*. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.



**iii) inibidores da protease (IP):** esses também interrompem a transcrição reversa ao se unirem à enzima transcriptase, impossibilitando a sua atividade.

Ano de aprovação	Nome genérico	Nome comercial
1995	Saquinavir	Invirase
1996	Ritonavir	Norvir
1996	Indinavir	Crixivan
1997	Nelfinavir	Viracept
1997	Saquinavir	Fortovase
1999	Amprenavir	Agenerase
2000	Lopinavir	Kaletra
2003	Atazanavir	Reyataz

**iii) Inibidores da fusão (IFs):** impedem que o HIV se junte à célula

Ano de aprovação	Nome genérico
2003	Enfuvirtide (t-20) <sup>36</sup>

Definir o melhor momento de iniciar a terapia anti-retroviral é uma das mais importantes decisões no acompanhamento de uma pessoa infectada pelo HIV. Apesar de os benefícios do diagnóstico precoce estarem claramente demonstrados, muitos pacientes têm acesso tardio ao diagnóstico da infecção, o que determina pior prognóstico.<sup>37</sup>

Não há resposta definitiva para definir o início da TARV. Os consensos médicos evoluíram muito e o último manual publicado no Brasil é datado de 2007, sendo que nele constam como critérios para início da TARV os seguintes pontos:

- a) Sintomáticos, independentemente da contagem de CD4: incluem-se todos que apresentaram qualquer condição definidora de AIDS;
- b) Assintomáticos com contagem de CD4 menor ou igual a 350 células/mm<sup>3</sup>;
- c) Gestantes, independente da presença de sintomas e da contagem de LT-CD4+;
- d) Coinfecção pelo vírus da hepatite B ou C, em pacientes com indicação de tratamento para hepatite B;
- e) Idade igual ou superior a 55 anos;
- f) Doença cardiovascular estabelecida ou com risco elevado;
- g) Nefropatia do HIV;
- h) Neoplasias, incluindo as não definidoras de AIDS;
- i) Carga viral elevada, superior a 100.000 cópias.

<sup>36</sup> The AIDS Infonet. Disponível em <[www.aidsinonet.org/infored.html](http://www.aidsinonet.org/infored.html)>. Acesso em: 03 out. 2012.

<sup>37</sup> BRASIL. Ministério da Saúde. Secretária de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e AIDS. *Recomendações para terapia anti-retroviral em adultos infectados pelo HIV: 2008*. 7. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2008.

Pode parecer irrelevante saber dados de início da TARV, nomes de medicamentos, funções e outras informações. No entanto, na prática diária dos aconselhamentos e orientações aos pacientes e seus familiares, constitui de grande valia, pois a ansiedade do início do uso dos antirretrovirais ou falta de adesão devem ser muito bem embasados pelos conselheiros e profissionais. Caso as informações sejam aleatórias e vazias, podem gerar um descontentamento ou sensação de descaso ao estado de saúde do paciente. Quando o paciente nos questiona porque precisa deste ou daquele medicamento e temos clareza nas respostas, nossas informações ganham um respaldo científico e demonstram um grau de conhecimento da patologia que se reverte em uma adesão maior ao tratamento dos pacientes e em um respeito às nossas informações.

Outro ponto interessante de analisar quando falamos em terapia antirretroviral é a demora de aprovação de novas drogas. Na década de 1990, tivemos uma grande evolução da descoberta e produção de novos medicamentos para evitar o desenvolvimento da AIDS nos portadores do vírus HIV. Porém, a partir dos anos 2000, a cada ano nota-se um declínio na pesquisa de novas drogas, sendo que a mais recente e ainda não comercializada no Brasil é a etravirina.

A etravirina ganhou a aprovação do FDA em janeiro de 2008 e foi aprovado na Europa, o mês de agosto seguinte. Este é ativo contra algumas cepas de HIV que são resistentes ao efavirenz ou nevirapina. Em estudos de Fase III, 1,3% dos participantes desenvolveram erupção cutânea grave, com 2% de descontinuação Fase 3 de testes, devido à erupção cutânea.<sup>38</sup>

Mesmos os mais modernos antirretrovirais não estão livres dos efeitos colaterais inconvenientes e muitas vezes responsáveis pela não adesão dos pacientes. Este é outro assunto que devemos levar em conta durante as orientações sobre a patologia, como minimizar estes efeitos colaterais, como retardar o início da TARV, como entender a não adesão do tratamento sem julgar e acolhendo com respeito, humanização e solidariedade.

---

<sup>38</sup> NEW ANTIRETROVIRAL AIDS DRUGS. Disponível em <<http://www.avert.org/new-aids-drugs.htm>>. Acesso em: 05 nov. 2012.

## 2 PANDEMIA

Uma pandemia (do grego παν [pan = tudo/ todo(s)] + δῆμος [demos = povo]) é uma epidemia de doença infecciosa que se espalha entre a população localizada em uma grande região geográfica como, por exemplo, um continente, ou mesmo o planeta.<sup>39</sup>

De acordo com a Organização Mundial da Saúde, uma pandemia pode começar quando se reúnem três condições:

- o aparecimento de uma nova doença à população;
- o agente infecta humanos, causando uma doença séria;
- o agente espalha-se fácil e sustentavelmente entre humanos.

Uma doença ou condição não pode ser considerada uma pandemia somente por estar difundida ou matar um grande número de pessoas, deve também ser infecciosa.

As pandemias sempre acompanharam a humanidade. A primeira pandemia que se tem notícia foi descrita pelo historiador grego Tucídides, ficou conhecida como a peste peloponesa. Ela ocorreu em 430 a.C, durante a guerra do Peloponeso entre Atenas e Esparta, e dizimou cerca de 30.000 cidadãos de Atenas, o que equivalia a aproximadamente um terço dos atenienses. Segundo relatos, as pessoas eram “subitamente atacadas por violentas dores de cabeça, vermelhidão e inflamação nos olhos. A garganta a ou língua sangravam, exalando um odor fora do normal. Depois vinha tosse, diarreia, espasmos e úlceras cutâneas”.<sup>40</sup>

Outras pandemias que marcaram a história da humanidade foram a peste de Antonine, que foi registrada em 165 d.C. O médico grego Galeno descreveu uma pandemia cujos sintomas vitimaram Marcus Aurelius Antoninus, um dos imperadores romanos, e a doença chegou a matar cerca de 5.000 pessoas por dia em Roma. A peste de Justiniano descrita em 541-542 d.C, uma doença mortal, atingiu o Império

---

<sup>39</sup> GREENBERG, Raymond S. et al. *Epidemiologia clínica*. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2005. p. 18.

<sup>40</sup> CINCO pandemias históricas. **Portal São Francisco**. Disponível em <<http://www.portalsaofrancisco.com.br/alfa/artigos/5-pandemias-historicas.php>>. Acesso em: 05 nov. 2012.

Bizantino. No auge da infecção, a doença, que ficou conhecida como Peste de Justiniano, matou cerca de 10.000 pessoas em Constantinopla. A doença foi causada pela bactéria *Yersinia Pestis*, transmitida ao ser humano através das pulgas dos ratos-pretos e, até o fim, quase metade dos habitantes da cidade estava morta. Historiadores acreditam que o surto dizimou um quarto da população na região Leste do Mediterrâneo. Este surto, o primeiro de peste bubônica registrado na história humana, marcou o primeiro dos muitos focos da peste. Depois da praga de Justiniano, houve muitos outros casos esporádicos de peste, mas nenhum tão grave como a Peste Negra do século XIV, que matou, na Europa, aproximadamente 25 milhões de pessoas, ou um quarto da população de então.<sup>41</sup> A peste bubônica ganhou o nome de peste negra devido ao fato de ser a pior epidemia que atingiu a Europa, até o século XIV. Ela foi sendo combatida à medida que se melhorou a higiene e o saneamento das cidades, diminuindo a população de ratos.<sup>42</sup>

A gripe espanhola ocorreu a partir de março de 1918, sendo que o vírus influenza espalhou-se rapidamente por quase todo o mundo, atingindo cerca de 1 bilhão de pessoas. Esta foi considerada a mais letal epidemia da história da humanidade: atingiu cerca de 100 milhões de pessoas, matando aproximadamente 20 milhões, o que correspondeu a cerca de 1% da população mundial.<sup>43</sup>

No ano de 1855, em Londres, o anestesista John Snow foi quem descreveu pela primeira vez a abrangência da terceira pandemia mundial de cólera através da contaminação da água. Através de inquéritos domiciliares, foi possível relacionar a excessiva ocorrência dos casos entre pessoas que recebiam a água bombeada pela Broad Street Pump em Golden Square. A elucidação dos mecanismos de transmissão e as medidas de controle e prevenção da cólera estabelecidas por Snow cerca de trinta anos antes da descoberta do *Vibrio cholera* ilustram o potencial

---

<sup>41</sup> CINCO pandemias históricas. **Portal São Francisco**. Disponível em <<http://www.portalsaofrancisco.com.br/alfa/artigos/5-pandemias-historicas.php>>. Acesso em: 05 nov. 2012.

<sup>42</sup> AS GRANDES epidemias ao longo da história. **Revista Super Interessante**. Disponível em <<http://super.abril.com.br/saude/grandes-epidemias-ao-longo-historia-445155.shtml>>. Acesso em: 05 nov. 2012

<sup>43</sup> CINCO pandemias históricas. **Portal São Francisco**. Disponível em <<http://www.portalsaofrancisco.com.br/alfa/artigos/5-pandemias-historicas.php>>. Acesso em: 05 nov. 2012.

do método epidemiológico quando utilizado adequadamente.<sup>44</sup>

Não podendo ser diferente do restante do mundo, em 1855 em São Leopoldo, assim como Londres, verificou-se um surto de cólera-morbus em Porto Alegre. Essa terrível epidemia causou cerca de mil vítimas. Enquanto vários médicos da cidade, aterrorizados pela peste, esqueciam os seus deveres diante do aspecto que apresentava a cidade, à luz apavorante das fogueiras que ardiam nas ruas desertas e silenciosas, via-se passar apressado ao lado de um e de outro o Dr. Caldre e Fião, para ir socorrer os atacados da epidemia. Dr. João Daniel Hillebrand permaneceu também firme em seu posto, atendendo os atacados do temido mal.<sup>45</sup>

Quando nos dias trágicos de maio de 1855, a cólera invadiu a Província, fazendo a sua aparição em São Leopoldo, Hillebrand, ainda magoado pelas acusações que lhe eram feitas, como um verdadeiro herói, enquanto outros fugiram, e os médicos abandonavam a Vila, cheios de pavor, atirou-se com denodo à faina da debelação do mal. Organizou um serviço de assistência, levantava da rua e levava para o lazareto... De seu próprio bolso acorria às despesas de fornecimento de dieta e de remédios para os pobres, enfim, era o anjo bom que, abrindo as asas acariciantes, a todos colocava sobre o seu misericordioso aconchego... (Cel. Aurélio Porto, 1855).<sup>46</sup>

Mais recentemente, no início da década de 1980, muito antes que se conhecesse o agente etiológico do HIV/AIDS, o emprego do método epidemiológico levou a conclusões acerca de sua transmissão, fatores de risco associados, medidas preventivas e até mesmo sua natureza infecciosa.<sup>47</sup>

## 2.1 Pandemia do HIV/AIDS no mundo

As características gerais da pandemia podem ser apreendidas dos dados obtidos dos registros mundiais de casos de AIDS, já que esta doença é de notificação obrigatória em todo o mundo. Dificuldades encontradas nos países em desenvolvimento, relacionadas à pobreza de recursos médico-laboratoriais para o estabelecimento de diagnósticos e fluxo complexo das informações, levam a um

---

<sup>44</sup> CINCO pandemias históricas. **Portal São Francisco**. Disponível em <<http://www.portalsaofrancisco.com.br/alfa/artigos/5-pandemias-historicas.php>>. Acesso em: 05 nov. 2012.

<sup>45</sup> PETRY, Leopoldo. *São Leopoldo: berço da colonização alemã do Rio Grande do Sul*. São Leopoldo: Gráfica Rotermond, 1966. v. 2.

<sup>46</sup> SÃO LEOPOLDO. *Primeiro Código de Posturas de São Leopoldo*. São Leopoldo: Museu Visconde de São Leopoldo.

<sup>47</sup> VERONESI, 2002.

sub-dimensionamento geral do número de casos em algumas regiões.<sup>48</sup>

A pandemia atinge a todo o planeta (Tabela 2). Quem se considera imune ou ainda não teve contato direto com o vírus provavelmente terá em pouco tempo. Seja este contato direto (transmissão) ou indireto (apoio e convívio com soropositivo). Estima-se que mais de 34 milhões de pessoas estejam infectadas pelo HIV e que provavelmente outras 14 milhões já morreram por causa da Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS). A cada minuto, 10 a 12 pessoas são contaminadas; mais de 90% dos novos casos ocorrem nos países em desenvolvimento, principalmente em adultos em idade laboral e reprodutiva.<sup>49</sup>

A AIDS pode ser considerada a maior pandemia do século XX, sendo ela a quarta principal causa de morte. No Brasil, segundo dados de 2002, existem cerca de 600 mil indivíduos entre 15 e 49 anos de idade infectados pelo HIV, tendo ocorrido mais de 100 mil óbitos até o momento.<sup>50</sup> A AIDS já foi relatada em mais de 150 países, e mais de 20 milhões de pessoas infectadas pelo HIV já morreram em decorrência da doença.<sup>51</sup>

As formas de transmissão do vírus entre os seres humanos seguem a mesma orientação nestas três décadas, ou seja, através de três modos: sexual, perinatal e pela exposição a líquidos corporais contaminados, especialmente sangue.<sup>52</sup> Mesmo gerando algumas dúvidas, depois de mais de 25 anos de análise, não há nenhuma evidência que o HIV é transmitido pelo contato casual ou que o vírus pode ser transmitido por insetos, como por uma picada de mosquito.<sup>53</sup>

Segundo dados da UNIDAIS:

A epidemia de AIDS continua a ser um dos grandes desafios para a saúde global. Aproximadamente 33 milhões de pessoas vivem com HIV em todo o mundo. Globalmente, somente em 2009, 2,6 milhões de pessoas foram infectadas pelo HIV e 2 milhões morreram em decorrência da AIDS, a maioria devido ao acesso inadequado a serviços de tratamento e atenção.<sup>54</sup>

---

<sup>48</sup> VERONESI, 2002.

<sup>49</sup> SPRINZ, 1999.

<sup>50</sup> SALOMÃO, 2006.

<sup>51</sup> WILSON; SANDE, 2004.

<sup>52</sup> WILSON; SANDE, 2004.

<sup>53</sup> HARRISON, 2012

<sup>54</sup> A EPIDEMIA de AIDS no mundo. Relatório para o Dia Mundial de Luta contra Aids

Tabela 2: Estatísticas de Casos de HIV/AIDS em 2010<sup>55</sup>

	<b>Pessoas vivendo com HIV/ 2010</b>	<b>Novas infecções de HIV/2010</b>	<b>Casos de AIDS/2010</b>	<b>Prevalência de HIV em adultos 2010 %</b>
<b>Sub-Sahariana África</b>	22,9 milhões (21,6-24,1 milhões)	1,9 milhões (1,7-2,1 milhões)	1,2 milhões (1,1-1,4 milhões)	5% (4,7-5,2%)
<b>Metade Leste e Norte da África</b>	470000 (350000-570000)	59000 (40000-73000)	35000 (25000-42000)	0,2% (0,2%-0,3%)
<b>Sul e Sudeste da Ásia</b>	40 milhões (3,6-4,5 milhões)	270000 (230-340000)	250000 (210000-280000)	0,3% (0,3%-0,3%)
<b>Leste da Ásia</b>	790000 (580000-1,1 milhões)	88000 (48000-160000)	56000 (40000-76000)	0,1% (0,1%-0,1%)
<b>Oceania</b>	54000 (48000-62000)	3300 (2400-4200)	1600 (1200-2000)	0,3% (0,2%-0,3%)
<b>América Latina</b>	1,5 milhões (1,2-1,7 milhões)	100000 (73000-140000)	67000 (45000-95000)	0,4% (0,3%-0,5%)
<b>Caribe</b>	200000 (170000-220000)	12000 (9400-20000)	9000 (6900-12000)	0,9% (0,8%-1,0%)
<b>Leste da Europa e Ásia Central</b>	1,5 milhões (1,3-1,7 milhões)	160000 (110000-200000)	90000 (74000-110000)	0,9% (0,8%-1,1%)
<b>Europa Central e Ocidental</b>	840000 (770000-930000)	30000 (22000-39000)	9900 (8900-11000)	0,2% (0,2%-0,2%)
<b>América do Norte</b>	1,3 milhões (1,0-1,9 milhões)	58000 (24000-130000)	20000 (16000-27000)	0,6% (0,5%-0,9%)

No ano de 2011, a Organização Mundial de Saúde lançou, pela primeira vez, diretrizes e recomendações para ampliar o tratamento e a prevenção da AIDS entre homens homossexuais e transexuais. Um dos motivos que levou à elaboração do relatório é a preocupação com o recrudescimento das taxas de infecção do HIV entre homens homossexuais, principalmente em países industrializados. Com as diretrizes, a OMS pretende diminuir as barreiras impostas pelo estigma de ser homossexual, de forma que esse grupo tenha mais acesso aos serviços de saúde. Segundo um estudo publicado em 2009 no periódico *Annals of Epidemiology*, no qual a OMS se baseou, as taxas de infecção do HIV entre homens homossexuais em oito países, como EUA e Reino Unido, aumentaram 3,3% ao ano entre 2000 e 2005. Entre 1996 e 2000, essa taxa havia caído 5,2% ao ano. Dados da OMS também mostram epidemias do vírus recém-identificadas entre homossexuais e

2011. **UNAIDS: Nações Unidas e a resposta à AIDS no Brasil**. Disponível em <[http://www.unaids.org.br/sobre\\_aids/sobre\\_aids.asp](http://www.unaids.org.br/sobre_aids/sobre_aids.asp)>. Acesso em: 02 fev. 2012.

transexuais em países como Bolívia, Jamaica, México, Tailândia, Trinidad e Tobago e Zâmbia. Na América Latina, estima-se que metade das infecções dos vírus tenha origem em relações sexuais desprotegidas entre homens.<sup>56</sup>

Para a OMS, o estigma e a criminalização das relações homossexuais em muitos países são barreiras para o tratamento. Mais de 70 países criminalizam os homossexuais e transexuais, privando-os do atendimento médico. As 21 recomendações do relatório são dirigidas a políticos, profissionais de saúde, organizações não-governamentais e à comunidade. Entre as diretrizes está a criação de leis e medidas contra o preconceito para proteger os direitos de homossexuais e transexuais, o uso de camisinha e a garantia do atendimento de saúde.<sup>57</sup>

## 2.2 A pandemia do HIV/AIDS no Brasil

Desde os primeiros casos até o momento, o mapa brasileiro dos casos de AIDS sofreu grandes mudanças, infelizmente dramáticas. Os casos aumentam a cada dia e, conforme a figura abaixo, podemos observar que pouquíssimas cidades brasileiras estão até o momento livres ou ainda não notificaram os casos de AIDS em seus habitantes.

**Ilustração 3:** Municípios com pelo menos um caso de AIDS no Brasil (1980-2009)<sup>58</sup>

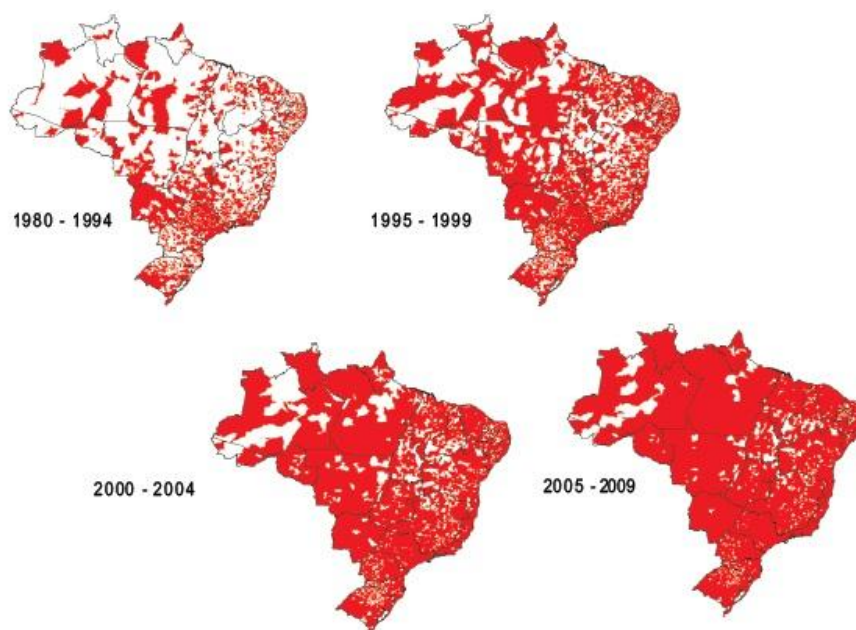
---

<sup>56</sup> VERSOLATO, Mariana. OMS faz guia para enfrentar avanço da Aids entre gays. **Folha de S. Paulo**. Disponível em <<http://www1.folha.uol.com.br/equilibrioesaude/933536-oms-faz-guia-para-enfrentar-avanco-da-aids-entre-gays.shtml>>. Acesso em: 02 fev. 2012.

<sup>57</sup> VERSOLATO, Mariana. OMS faz guia para enfrentar avanço da AIDS entre gays. *Folha de São Paulo online*, Equilíbrio e Saúde, 22 jun. 2011. Disponível em: <<http://www1.folha.uol.com.br/equilibrioesaude/933536-oms-faz-guia-para-enfrentar-avanco-da-aids-entre-gays.shtml>>. Acesso em: 03 fev. 2012.

<sup>58</sup> BRASIL. Ministério da Saúde. *Boletim Epidemiológico* DST/AIDS, Brasília, ano 6, n. 1, 2010.





Pollay divide a história da epidemia do HIV/AIDS no Brasil em 3 períodos:

- 1981-1984: a identificação dos primeiros casos de AIDS e a tomada de consciência do problema;
- 1985-1991: a criação das primeiras organizações. A AIDS criou uma situação de emergência que marcou, não só no Brasil, a criação das respostas não-governamentais frente à epidemia, aliada à noção da necessidade;
- 1991-1996: os poderes públicos intervêm para coordenar e controlar as diferentes iniciativas.<sup>59</sup>

Este último período é descrito como a informatização das ONGs e maior articulação entre os discursos sobre direitos humanos. A solidariedade passa a ser uma prática cotidiana e cidadã com os pacientes soropositivo. Os pacientes tiveram a partir deste período acesso a medicamentos mais modernos, atendimento e internação em hospitais conveniados particulares. Mesmo ocorrendo a medicalização da AIDS, ela migrou para as camadas mais pobres da sociedade. A adesão ao tratamento tornou-se mais difícil.<sup>60</sup>

A situação de emergência criada pela AIDS, não só no Brasil, necessitou da criação das respostas não-governamentais frente à epidemia. No caso brasileiro, é

<sup>59</sup> GALVÃO, Jane. *AIDS no Brasil: a agenda de construção de uma epidemia*. Rio de Janeiro: ABIA; São Paulo: Ed. 34, 2000.

<sup>60</sup> CONFERÊNCIA NACIONAL DOS BISPOS DO BRASIL. Pastoral DST/AIDS. *Viu e teve compaixão... Igreja e AIDS*. Fortaleza: CNBB, 2002.

possível destacar o trabalho voluntário e marcante, empírico e heroico das primeiras organizações da sociedade civil criadas para fornecer resposta à epidemia. Até meados de 1980-1990, apenas as ONGS, religiões e mídia estavam preocupadas com a epidemia. O governo brasileiro ainda não havia manifestado uma política ou ação para conter e prevenir o HIV.

Neste período, entram em cenas outros personagens: os hemofílicos, crianças filhas(os) de pacientes com HIV e mulheres e homens heterossexuais. Vários famosos assumem publicamente a sua situação de positividade como Cazuzza, Lauro Corona, Sandra Bréa, Renato Russo, Magic Jhonson, Cláudia Magno, Marcelo Ibrahim e Thales Pan Chacon. Porém, a mídia utilizou estas informações de forma negativa e não com a intenção de resiliência e consolo para o restante de portadores do flagelo dos tempos modernos.<sup>61</sup>

No final da década de 1980 e início da década de 1990, a mídia no Brasil e praticamente em quase todo o mundo se coloca como o principal, e quase único, meio de informação, sobretudo dada a abrangência nacional de alguns veículos de comunicação sobre o que era então denominado “câncer gay” e “praga gay”, entre outras metáforas.<sup>62</sup> Ao designar o HIV/AIDS com a nomenclatura de peste gay, mobilizou subsídios culturais de uma sociedade que discrimina e até reprime e criminaliza a orientação sexual fora dos padrões ditos tradicionais.<sup>63</sup>

As primeiras ONGS tentaram desmistificar o preconceito e intolerância aos portadores de HIV e criar uma rede brasileira de ONGs/AIDS no Brasil, como pioneiro o GAPA (São Paulo), ABIA e VIDDA (Rio de Janeiro), GIV (São Paulo) e GAPA/RS. Vários eventos marcaram este final da década de 1980 na questão do HIV, mas ainda somente com o envolvimento de portadores, ONGs e simpatizantes da causa. O poder público ainda não estava mobilizado e interessado em promover mudanças e investimentos.

A década de 1990 também trouxe muitas inovações tais como a produção de AZT no Brasil, início do processo de distribuição gratuita dos antirretrovirais, inclusão no Código Internacional de Doenças (CID) da infecção pelo HIV, definição dos casos

---

<sup>61</sup> GALVÃO, 2000.

<sup>62</sup> JUNGES, José Roque. *Bioética: perspectivas e desafios*. São Leopoldo: Unisinos, 1999.

<sup>63</sup> JUNGES, 1999.

de crianças infectadas, lançamento do primeiro consenso para uso dos antirretrovirais e principalmente a queda das taxas de mortalidade.

A década de 1990 iniciou com grandes transformações no cenário nacional, principalmente no âmbito governamental. Em 1992, foi criado o Projeto de Controle da DST e AIDS.<sup>64</sup> Além de mobilização maciça do poder público, ocorreram também grandes avanços na área científica. Em 1996, foi anunciado o emprego da combinação de diferentes medicamentos com propriedade antirretroviral no tratamento da infecção pelo HIV/AIDS.<sup>65</sup>

A ciência evoluiu muito ao longo destas três décadas de HIV/AIDS, mas a vergonha atribuída ao contágio ainda segue. O sentimento de culpa é presente no dia a dia das pessoas que vivem com o HIV. A doença segue expondo uma identidade que poderia permanecer oculta dos vizinhos, colegas de trabalho, familiares e amigos. Ter HIV é sentir uma experiência de isolamento, discriminação e perseguições. A AIDS leva as pessoas a serem consideradas doentes antes de adoecerem.<sup>66</sup>

A última década, quando a descoberta do vírus completou 30 anos, foi marcado pela disseminação das informações a respeito do vírus, muitos estudos para descoberta de uma vacina, recorde de distribuição de preservativos (2009), atuação incessante de ONGs, muitas conferências e consensos, mas infelizmente os números de infectados não param de subir.<sup>67</sup>

Os dados atuais dos casos de AIDS no Brasil foram divulgados no mês de maio através do Boletim Epidemiológico que inclui os dados analisados do Brasil até junho de 2011. De 1980 a junho de 2011, no Brasil, foram notificados 608.230 casos de AIDS. Em 2010, foram notificados 34.218 novos casos, com taxa de incidência nacional de 17,9/100mil habitantes e razão de sexo de 1,7 novos casos em homens para cada caso em mulheres. Ao longo dos últimos 12 anos, observa-se uma estabilização da taxa de incidência no Brasil, mas segundo as regiões a taxa

---

<sup>64</sup> GALVÃO, 2000.

<sup>65</sup> BASTOS, Francisco Inácio. *AIDS na terceira década*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006.

<sup>66</sup> SONTAG, Susan. *AIDS e suas metáforas*. São Paulo: Cia das Letras, 2007. Edição conjunta com *Doença como metáfora*.

<sup>67</sup> BRASIL. Ministério da Saúde. **História da AIDS**. Disponível em <<http://www.aids.gov.br/pagina/historia-da-aids>>. Acesso em: 03 fev. 2012.

diminuiu na Região Sudeste e aumentou nas demais regiões. No período de 1980 a 2010, no Brasil, ocorreram 241.469 óbitos tendo como causa básica a AIDS. Na classificação dos 100 municípios brasileiros com mais de 50 mil habitantes, o Rio Grande do Sul conta com 17 municípios dentro desta estatística, sendo que entre os 10 primeiros colocados em casos de AIDS constam cinco, estando no primeiro lugar a capital gaúcha (Porto Alegre) com uma incidência de 99,8 casos/100mil habitantes. São Leopoldo encontra-se em 12º lugar, com a incidência de 57 casos/100mil habitantes.<sup>68</sup>

Ainda conforme o boletim epidemiológico 2011, o país tem como característica uma epidemia estável e concentrada em alguns subgrupos populacionais em situação de vulnerabilidade. Entre 1985 e 2010, a razão de sexo diminuiu de 27 para 1,4 casos de AIDS em homens por cada caso em mulheres.

A população de jovens gays apresenta uma particular vulnerabilidade ao HIV/AIDS. Segundo a tendência observada nas últimas pesquisas em conscritos, jovens do sexo masculino de 17 a 22 anos de idade, a prevalência de infecção pelo HIV na população HSH jovem aumentou entre 2002 e 2007, passando de 0,56% para 1,2%. Cabe destacar que a prevalência observada nos conscritos HSH é superior à prevalência observada na população total de conscritos (0,09% em 2002; 0,12% em 2007).<sup>69</sup>

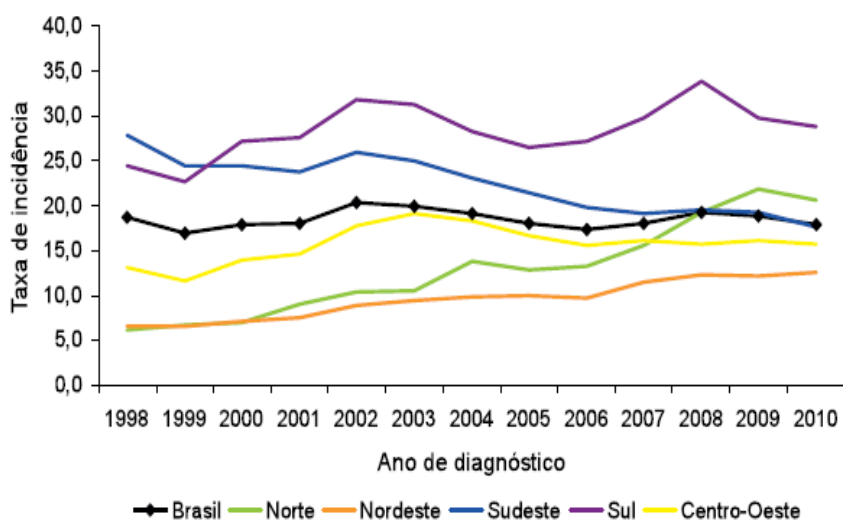
**Ilustração 4:** Taxa de incidência de AIDS (por 100mil hab) no Brasil por região (1998-2010)

---

<sup>68</sup> BRASIL. Ministério da Saúde. *Boletim Epidemiológico* DST/AIDS, Brasília, ano 7, n. 1, 2011.

<sup>69</sup> BRASIL, 2011.

Gráfico 14 - Taxa de incidência de aids (por 100.000 hab.), segundo região de residência por ano de diagnóstico. Brasil, 1998 a 2010



FONTE: MS/SVS/Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais  
 POPULAÇÃO: MS/SE/DATASUS em <www.datasus.gov.br no menu Informações em saúde> Demografia e socioeconômicas, acessado em 21/11/2011.  
 NOTA: (1) Casos notificados no Sinan e registrados no Sisrel/Sidom até 30/06/2011 e declarados no SIM de 2000 a 2010. Dados preliminares para os últimos cinco anos.

### 2.3 A pandemia do HIV/AIDS em São Leopoldo

Os primeiros casos de AIDS foram registrados no Sistema Nacional de Cadastro de Doenças Infecto-Contagiosas (SINAN) no ano de 1986. Os dois primeiros casos seguiram o perfil da epidemia da década de 1980: sexo masculino, faixa etária entre 30-50 anos, mais de 12 anos de escolaridade, sendo um hemofílico e o outro bissexual, semelhante ao perfil mundial e brasileiro da época. Foram casos que caracterizavam o momento vivido pela epidemia.<sup>70</sup>

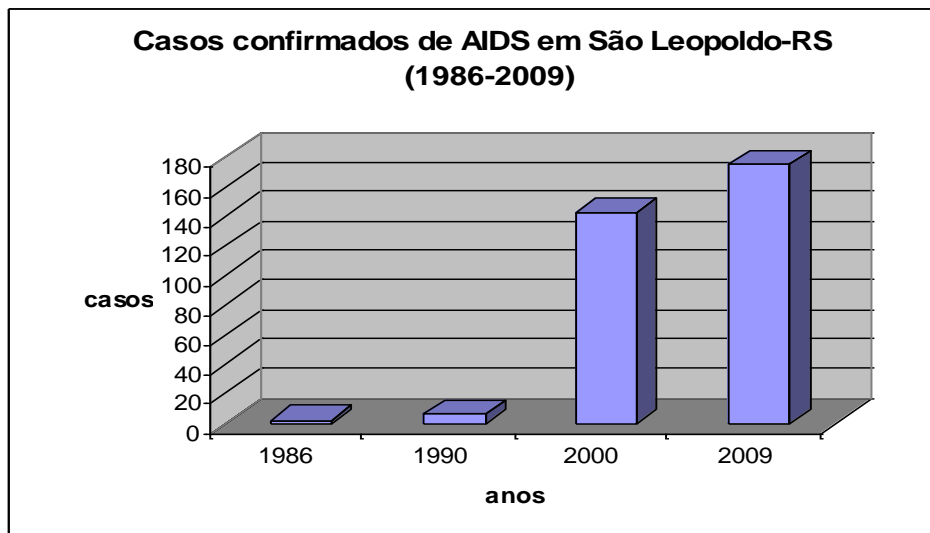
O Hospital Centenário, ainda na década de 1990, preparou 2 quartos para atender os pacientes soropositivo, mas no momento atual a instituição abriga doentes em todos os seus setores desde a pediatria até pacientes geriátricos. Os cuidados de biossegurança que eram orientados para os funcionários observarem com os pacientes diagnosticados com o vírus HIV hoje são utilizados para o atendimento de qualquer paciente, pois o lema dos dias atuais é outro: todos estamos no mesmo barco. Muitos já sabem que estão a bordo, mas infelizmente a grande maioria descobre no meio da viagem.

Analisando a evolução ao longo das três décadas no município de São

<sup>70</sup> DATASUS.

Leopoldo, através da base de dados DATASUS, foram apontados alguns dados que fazem parte de um artigo científico apresentado no X Salão de Pesquisa da EST, em 2011.

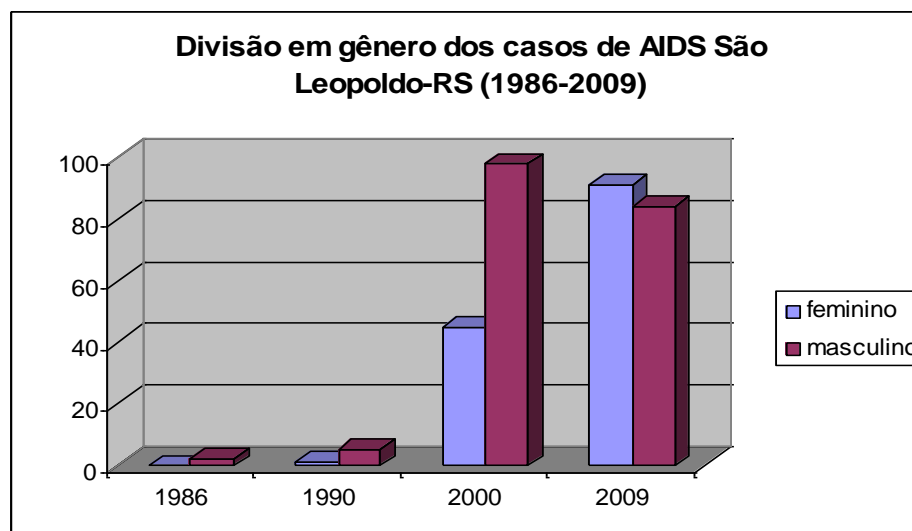
**Gráfico 1:** Casos notificados de AIDS em São Leopoldo (1986-2009)



Do mesmo modo que o Brasil, o vírus apareceu na cidade de São Leopoldo oficialmente a partir a década de 1980, de forma ainda tímida. Sem constrangimento, vem evoluindo durante os anos seguintes. Vale lembrar também que estes casos são casos de AIDS e não de pacientes HIV positivo, o que aumentaria em muito os números na epidemia municipal.

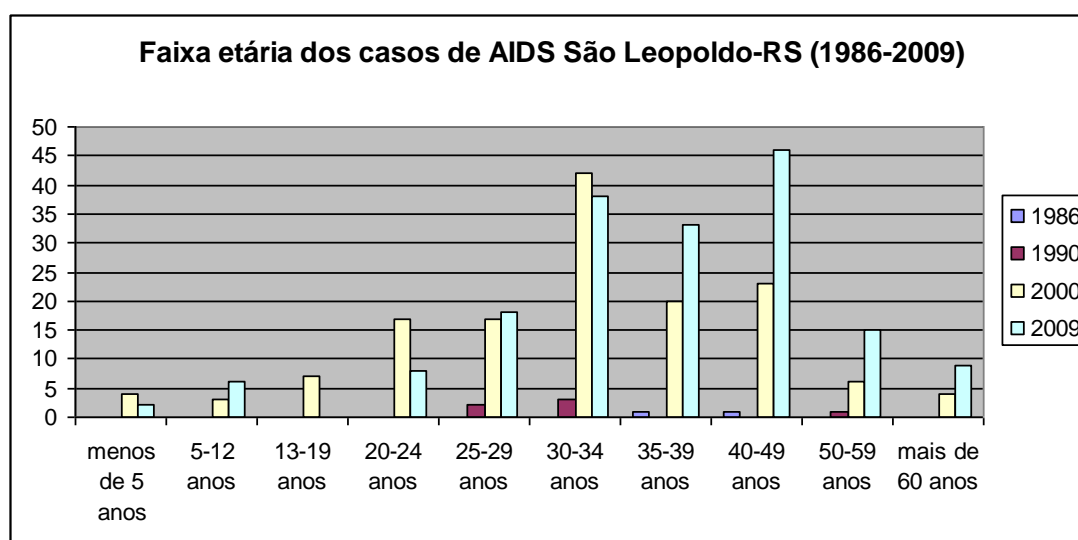
Outro ponto a ser analisado é a precariedade das notificações. No início da epidemia, não havia critérios concretos de notificação. Desta forma, a partir da década de 1990 os números crescem assustadoramente. A epidemia, a cada década, vai evoluindo para todas as classes sociais, interiorizando-se e fragilizando a saúde, levando consigo o preconceito, o estigma e a discriminação.

**Gráfico 2:** Distribuição dos casos de AIDS em São Leopoldo por gênero (1986-2009)



Igualmente ao resto do mundo, a partir dos anos 1990 iniciou-se o processo de feminilização da epidemia, mostrando a vulnerabilidade deste gênero. Este dado vem acompanhado pelos casos de diagnósticos nas maternidades, uma vez que o Ministério da Saúde criou o protocolo de testagem rápida das mães antes do parto e, como consequência, as mulheres começam a ser mais testadas para o vírus, e os homens não seguem esta regra.

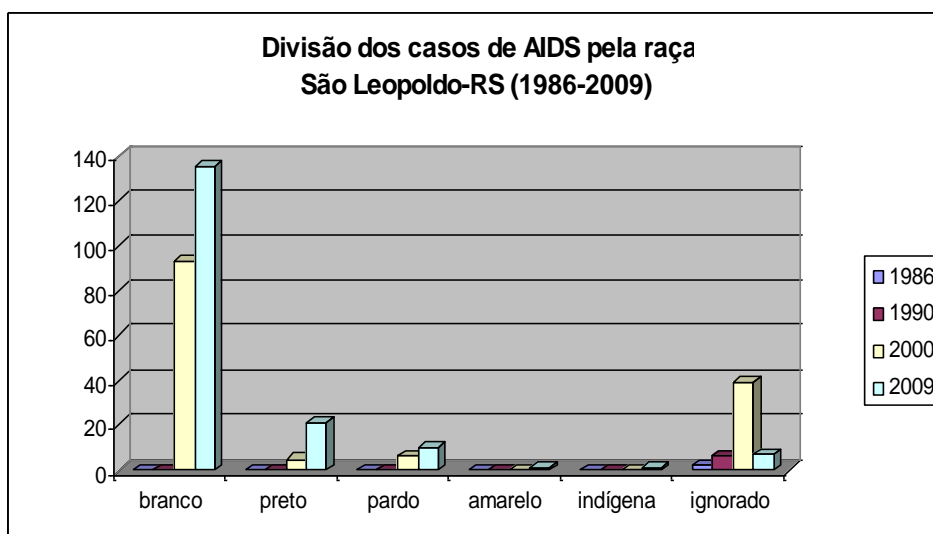
**Gráfico 3:** Faixa etária dos casos de AIDS em São Leopoldo (1986-2009)



Nota-se uma diminuição gradual dos casos de menores de 5 anos na última década. Porém, ocorre o aumento de casos na terceira idade. A faixa etária mais acometida ainda hoje é a envolvendo indivíduos entre 20-50 anos, ou seja, uma

idade economicamente produtiva. Junto com este dado podemos analisar o que foi realizado até hoje no que diz respeito às campanhas de prevenção, uma vez que as pessoas com menos de 30 anos já nasceram durante a epidemia, e as medidas de prevenção não surgiram do dia para a noite nas suas vidas. O aumento dos casos é uma constante, não ocorrendo significativa diminuição em nenhuma faixa etária.

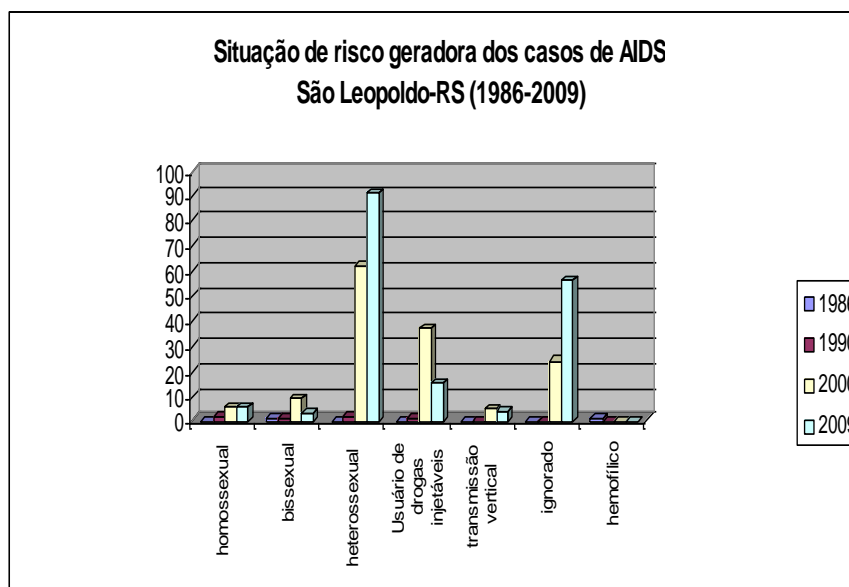
**Gráfico 4:** Distribuição dos casos de AIDS pela etnia em São Leopoldo (1986-2009)



O número de pessoas identificadas como “brancas” predomina no contexto da AIDS no município de São Leopoldo. Entretanto, pode-se ver que os dados encontram-se incompletos, pois a quantidade de casos considerados como ignorados mostra a realidade do preenchimento incorreto ou incompleto dos dados, o que dificulta uma análise mais precisa. Porém, independente deste argumento, podemos observar o início dos casos entre os indígenas a partir da última década.

**Gráfico 5:** Situação de risco geradora dos casos de AIDS em São Leopoldo (1986-2009)





O gráfico acima nos apresenta o dado importante do aumento de casos de AIDS entre os heterossexuais e diminuição em usuários de drogas. A transmissão vertical segue em redução dos casos a cada década, comprovando a eficácia do tratamento de prevenção da transmissão vertical.

A doença atinge mulheres e heterossexuais em velocidade mais rápida do que nos grupos estigmatizados do passado, ou seja, homossexuais, usuários de drogas e hemofílicos. A doença está em toda parte, mesmo com as campanhas de prevenção, orientações e divulgações na mídia.

Os dados lançados na base de dados DATASUS revelam falhas, pois faltam dados de extrema importância para analisar a doença, bem como reduzir as alternativas de ignorados e dispor de informações precisas. Mesmo assim, percebe-se uma qualificação na coleta de dados nos últimos anos.

São Leopoldo não é diferente do restante do Brasil, tendo o seu perfil modificado a cada década. As atividades realizadas até o momento como parte das políticas públicas e pela única ONG especializada neste assunto na cidade ainda não conseguiram estabilizar o número de casos. Faz-se necessária uma mudança de paradigma em torno da epidemia local de AIDS, e um engajamento de outros setores da sociedade como as igrejas e mais atuação da sociedade civil

organizada.<sup>71</sup>

Ainda que a pandemia de HIV/AIDS faça parte hoje do cotidiano da sociedade e a maioria das pessoas tenha informações sobre ela e sua extensão e impacto social, informações precisas e claras nos dão a dimensão do desafio que é o seu enfrentamento. Também em nível local as informações são fundamentais para pensar uma atuação coerente com a realidade.

---

<sup>71</sup> ESTRELLA, Fernanda. Perfil do paciente com AIDS no município de São Leopoldo (1986-2009). In: Anais do Salão de Pesquisa da Faculdades EST. São Leopoldo: EST, 2011. v. 10.

### 3 RELIGIÃO, RELIGIOSIDADE E AIDS

La pandemia del VIH y del SIDA nos convoca a romper silencios, despojarnos de temores, abandonar complicidades y prejuicios que producen estigma y marginación para avanzar por los caminos de la solidaridad y la justicia.<sup>72</sup>

#### 3.1 Histórico do HIV/AIDS na Visão das Religiões

A humanidade já enfrentou muitos desafios, mas nenhuma situação na história recente marcou tanto como a AIDS. Ela trouxe para a ciência, instituições de saúde, sociedade e religiões uma grande necessidade de enfrentamento e mudança de paradigmas. Vivenciar o medo da morte, o convívio com familiares, amigos e conhecidos marcados pelo estigma da doença é a marca mais forte da epidemia do HIV/AIDS. As religiões, por sua vez, não mudaram tanto seus conceitos e dogmas, fortalecendo o preconceito com as vítimas do vírus HIV.

O interesse na pesquisa sobre as relações entre religiosidade, enfrentamento e bem-estar subjetivo em pessoas com HIV/AIDS deve-se ao fato de a vivência da soropositividade vir acompanhada de aspectos clínicos, sociais e psicológicos que podem acarretar sofrimento físico e psíquico. Além disso, a percepção de não ter controle sobre a doença – sem cura, muitas vezes ainda percebida como sinônimo de morte e altamente estigmatizante – pode remeter a conteúdos religiosos no processo de enfrentamento, com possibilidade de influências diversas sobre o bem-estar.<sup>73</sup>

As Igrejas Cristãs, até há pouco tempo, procuravam manter uma posição de relativa distância de questões relacionadas ao HIV/AIDS. Isto se deve ao fato da interpretação sobre a doença ser predominantemente representada, no seu início, em pessoas já condenadas por suas práticas sexuais ilícitas e o que ocorria era consequência do pecado, uma condenação de Deus. A distância foi passando a ser uma atitude que não corresponde mais à realidade.<sup>74</sup> À medida que a pandemia

---

<sup>72</sup> ORLOV, Lisandro. *Asumamos el liderazgo: detengamos el SIDA: mensaje de las Iglesias, Redes y Organizaciones para el Dia Mundial del SIDA*. Buenos Aires: Epifania, 2007.

<sup>73</sup> FARIA, Juliana Bernardes. Religiosidade, enfrentamento e bem-estar subjetivo em pessoas vivendo com HIV/AIDS. *Psicologia em Estudo*, Maringá, v. 11, n. 1, p. 155-164, jan./abr. 2006.

<sup>74</sup> CUNHA, Magali do Nascimento. O desafio da AIDS/SIDA às igrejas no Brasil: a esperança é a

começou a alastrar-se pelo mundo, vários segmentos sociais da Igreja começaram a voltar-se para esse problema, procurando oferecer, ainda que timidamente e de formas isoladas, acolhimentos e alguns programas de auxílios às pessoas que vivem e convivem com o HIV. Por todo o mundo, começaram a surgir, entre as mais variadas tradições religiosas, diferenciadas formas de resposta à crise gerada pela AIDS.<sup>75</sup>

O HIV, diferentemente de qualquer outro vírus que surgiu até o momento, não necessita somente de cuidado biológico, mas principalmente acompanhamento emocional e acompanhamento permanente de redes de apoio na comunidade, através da Igreja, de terapias, de profissionais especializados ou de outras formas de aconselhamento. Desde o seu surgimento, este vazio ainda está presente no dia a dia dos pacientes soropositivo. Enquanto estudos seguem em busca de uma vacina, novas drogas e análise genética para conhecer cada vez mais o funcionamento do vírus, a questão emocional da vítima do vírus segue incompleta.

As controvérsias a respeito das pessoas portadoras do vírus, aconselhamentos equivocados quanto à prevenção e a estigmatização dos grupos envolvidos tiveram início ainda nos primeiros anos da epidemia, seguindo até hoje. O pensamento preconceituoso cravou as suas raízes e hoje por mais que tentemos acabar, apenas podamos os galhos, pois a raiz segue profunda, forte e intocável.

Ainda na década de 1980, os primeiros artigos sobre AIDS começaram a ser escritos no Brasil. Um exemplo disto foi o artigo “O mal e a covardia dos bons”, escrito por Dom Eugênio de Araújo Salles, na época Cardeal Arcebispo do Rio de Janeiro, no qual aborda a doença como uma punição, um castigo divino, um revide da natureza contra as inversões que estavam acontecendo no campo da sexualidade.<sup>76</sup>

Opinião diferente tinha Dom Paulo Evaristo Arns, que enfatizou:

Nunca falei contra o uso de preservativos. Isso se deve deixar para as

---

última que morre. *Tempo e Presença*, n. 284, p. 42-44, 1995.

<sup>75</sup> CNBB, 2002.

<sup>76</sup> PUELLO OROZCO, Yury. *Mulheres, AIDS e religião*. São Paulo: Católicas pelo Direito de Decidir, 2002.

peças decidirem. O que a gente sempre diz é que você não deve prejudicar nem a si e muito menos ao outro. Muito menos, porque você está matando. Então, como diz a moral, desde o começo da humanidade: se você tiver que escolher entre dois males, escolha o menor. Se você usa camisinha, este é o menor mal. Senão você mata... e você não é doido de matar, é?<sup>77</sup>

Junges descreveu como a AIDS criou um grupo de estigmatizados e discriminados, chegando a ser banido do convívio social por ignorância sobre o modo de difusão do vírus. Em vez de despertar a solidariedade com quem sofre de um mal desconhecido e incurável, o alarde provocou o preconceito e a discriminação contra os portadores desta doença. O uso da religião muitas vezes serviu como reforço para discriminação dos enfermos de AIDS. O vírus foi identificado como flagelo de Deus, como castigo de Deus ao comportamento desvirtuado dos portadores.<sup>78</sup>

A Igreja, através de algumas atividades, principalmente da pastoral, atende a inúmeros setores da sociedade, apoiando e fortalecendo os menos favorecidos. Por isso, o seu raio de atuação poderia ampliar as medidas de prevenção ao HIV/AIDS. Cabe à Igreja resgatar os valores, talvez um pouco esquecidos nos últimos tempos, entre eles a misericórdia. Talvez se no início da epidemia este sentimento tivesse sido transmitido aos cristãos não teríamos hoje esta onda gigantesca de preconceito e estigmatização com os portadores do vírus HIV.<sup>79</sup>

Vale lembrar que os anos de 1980 eram o auge da Teologia da Libertação no contexto da Igreja Católica. Ela estava envolvendo-se em debates e práticas relativas às questões políticas e sociais, o que era prioritário e não a AIDS. A preocupação com a pandemia ocorreu somente mais tarde, devido ao fato do apelo moral desencadeado pela doença. A posição oficial da Igreja Católica é da opção pela castidade e pela abstinência sexual dentro e fora do casamento, não aceitando o uso do preservativo. O discurso naquele momento era de estimular a fidelidade conjugal. Neste sentido, a proposta que faz a Igreja, da abstinência, como prevenção para a AIDS, sem levar em conta a realidade concreta, pode levar ao

---

<sup>77</sup> ARNS *apud* GALVÃO, 2000.

<sup>78</sup> JUNGES, 1999.

<sup>79</sup> D'AZEVEDO, Érica Luísa. AIDS: um desafio para a Igreja no Brasil. *Revista Eclesiástica Brasileira*, n. 239, p. 669-671, 2000.

contágio e à morte, especialmente das mulheres, que, como elas mesmas se percebem, estão muito mais abertas a receber seus ensinamentos. O vírus HIV e a AIDS encontram, na sexualidade desprotegida, uma das principais vias de entrada no corpo feminino.<sup>80</sup>

Estas informações equivocadas a respeito da transmissão, basicamente resumidas às transmissões sexuais e através do uso de drogas, moldaram a forma como a epidemia nos foi apresentada. Agora, depois de três décadas, tentar apresentar outras formas de transmissão como a vertical (mãe-filho no ventre materno), acidentes biológicos, utilização de hemoderivados, realização de procedimentos invasivos (tatuagens, *piercing*, extração dentária, procedimentos cirúrgicos) é praticamente impossível. A sociedade apresentou uma doença que perseguia somente as pessoas já excluídas socialmente munidas de toda as suas vulnerabilidades.

A epidemia do HIV é, muitas vezes, descrita como uma catástrofe humana, social e cultural, causadora de grande sofrimento. No entanto, ao mesmo tempo, é descrita como um tempo de *kairós*, um *momentum* ou até mesmo como uma oportunidade para a revitalização e aprofundamento da autocompreensão e da eclesiologia das igrejas, pelo confronto da Revelação Divina com as realidades e os contextos do HIV e da AIDS.<sup>81</sup>

A doença muitas vezes é apresentada pelas Igrejas como um reflexo do comportamento, passível de perdão em troca de fidelidade religiosa e mudança de hábitos ou ainda um castigo perpétuo de isolamento social fruto de atitudes estigmatizadas. Algumas Igrejas já iniciaram algumas atividades mesmo que isoladas e de forma tímidas para inclusão e inserção na vida em comunidade de pessoas que vivem e convivem com HIV. Como exemplo destas formas de organização, na década de 1990, a ONG KOINONIA,<sup>82</sup> a Presença Ecumênica e

---

<sup>80</sup> PUELLO OROZCO, 2002.

<sup>81</sup> OROBATOR, Agbonkhianmeghe E. *Ecclesiology in Crisis: A Contextualized Theological Study of the Church in Africa in the Situation of HIV/AIDS, Refugees and Poverty*. 2004. Dissertação – Universidade de Leeds, Leeds, 2004.

<sup>82</sup> KOINONIA é uma entidade ecumênica de serviço, composta por pessoas de diferentes tradições religiosas, reunidas em associação civil sem fins lucrativos. Em sua vocação diaconal, se compreende como um ator político do movimento ecumênico e que presta serviços ao movimento

Serviço e o Conselho Nacional de Igrejas Cristãs uniram forças no projeto “AIDS e Igreja”, promovendo um encontro que contou com representantes oficiais de diversas igrejas: Católica Romana, Comunidade de Jesus, Episcopal Anglicana, Evangélica de Confissão Luterana, Metodista Livre, Presbiteriana do Brasil, Presbiteriana Independente e Presbiteriana Unida. A preocupação deste grupo foi o avanço da epidemia de AIDS, principalmente dos casos que ocorrem dentro das comunidades. Um dos maiores desafios enfrentados pelas igrejas está no aspecto educativo.

As igrejas apontavam a necessidade de informação sobre AIDS para que pudessem começar a romper com os preconceitos contra os portadores e adotar uma atitude mais solidária, não punitiva. Neste período, mulheres e homens casados, jovens solteiros, mães de crianças contaminadas, senhoras mães de jovens contaminados e lideranças religiosas estavam apresentando a doença e precisavam de acompanhamento pastoral. Porém, a igreja não estava preparada para acolhê-los.<sup>83</sup>

Este grupo ecumênico definiu alguns pontos fundamentais:

- O pano de fundo da questão da AIDS é o resgate da cidadania e a participação;
- Produção de material educativo para as igrejas, de conhecimento bíblico-teológico que apontasse os limites e entraves de uma interpretação mágica do Evangelho;
- Capacitem as igrejas para conviverem com o diferente;
- Sensibilizar as igrejas para os diferentes níveis de atuação com portadores de HIV recém-convertidos ao Evangelho;
- Necessidade de ações específicas com mulheres e crianças;
- Incluir na reflexão sobre a AIDS: saúde integral do corpo, a sexualidade, o desejo, o afeto, a liturgia como terapia.<sup>84</sup>

A AIDS passou a ser um problema social que envolve vários campos como discriminação, preconceito, direitos humanos e, conseqüentemente, pastoral e ética.

---

social. Propõe a mobilizar a solidariedade ecumênica e prestar serviços a grupos histórica e culturalmente vulneráveis e aqueles em processo de emancipação social e política. Para isso desenvolve programas de produção do conhecimento, informação e educação, que atuam por meio de redes, em busca de espaços democráticos, que garantem a justiça, os direitos humanos - econômicos, sociais, culturais e ambientais - e a promoção do ecumenismo e do movimento ecumênico e de seus valores libertários em nível nacional e internacional. Disponível em: <<http://www.koinonia.org.br/institucional-koinonia.asp>>. Vários acessos.

<sup>83</sup> CUNHA, 1995.

<sup>84</sup> CUNHA, 1995.

A igreja possui o poder de capilaridade na sociedade. Desta forma, conhece melhor os diversos segmentos da sociedade e, principalmente, as diferentes simbologias e valores que permeiam o universo cultural-religioso do Brasil.<sup>85</sup>

É interessante notar que as igrejas perceberam as dimensões exatas do perigo e magnitude da pandemia da AIDS. Com esta consciência, as igrejas começaram a unir forças com o Estado e ONGs para participar de Campanhas de sensibilização e alerta contra a doença devastadora. O Papa João Paulo II fez um diagnóstico preciso do mal, de suas origens e de seus estragos: “neste horizonte de pobreza geral e serviços de saúde inadequados o Sínodo tomou em consideração o trágico flagelo da AIDS, que semeia sofrimento e morte em numerosas zonas da África”.<sup>86</sup>

Na África, ocorreu uma exceção. As igrejas deram-se as mãos para lutar juntas contra a AIDS. Neste sentido, o diretor das obras médicas da Igreja de Cristo no Congo manifestou-se: “a Igreja de Cristo no Congo é uma união das principais Igrejas protestantes no país, mas nós trabalhamos com os católicos. Diante da AIDS, é o mesmo combate e nós trabalhamos de mãos dadas”.<sup>87</sup>

O trabalho em parceria das igrejas iniciou, mesmo que algumas delas mantenham algumas posições. A Igreja Católica não incentiva o uso de preservativo a não ser para casais sorodivergentes. O uso do preservativo foi sempre visto como ilícito pelas seguintes razões: incentivo a fornicação, falta de sinceridade nas relações sexuais e redução automática da natalidade.<sup>88</sup> Desta forma, algumas campanhas de prevenção tornaram-se incompatíveis com os valores católicos. As Igrejas protestantes reunidas no quadro mais vasto do Conselho Mundial de Igrejas (CMI) são mais maleáveis a respeito do preservativo. A declaração do CMI recomenda uma abordagem mais global da prevenção, insistindo sobre a fidelidade das pessoas casadas e a abstinência fora do casamento. Porém, ela estimula igualmente o uso de preservativos para as “pessoas que se julgam incapazes de

---

<sup>85</sup> ABIA. AIDS e Igrejas. *Tempo e Presença*, n. 300, 1998. p. 39.

<sup>86</sup> SALLA, Jean-Bertrand. Igrejas históricas e moral familiar e sexual: homossexualidade e AIDS. *Concilium*, n. 317, p. 95-103, 2006.

<sup>87</sup> SALLA, 2006.

<sup>88</sup> SALLA, 2006.



seguir estes princípios e que não estão preparadas para fazê-lo”.<sup>89</sup>

No II Encontro promovido pela Comissão Nacional para DST/AIDS e CNBB em Itaipava–SP (2000), foi solicitado que as Igrejas exercessem algumas atividades como:

Seja presença animadora para que a vida prevaleça;  
Atue no controle da epidemia, prevenindo e assistindo o portador do vírus;  
Eduque para uma sexualidade libertadora, anunciando o Evangelho numa visão empolgante como dom e energia;  
Recupere na pessoa humana a ternura, o afeto e a misericórdia como compromisso de vida e fator de equilíbrio fundamental;  
Favoreça o espírito de abertura e acolhida, evitando o preconceito e a discriminação aos soropositivos;  
Evite o rastreamento sorológico, que possa impedir a realização profissional e/ou vocacional do ser humano;  
Valorize a fidelidade, valor do Reino, como complementariedade da plenitude da vida, não substituindo-a com meios preventivos;  
Tenha presente que o amor fundamental e misericordioso de Deus revela que AIDS, assim como outras patologias, não é “castigo”, pois Ele não quer sacrifícios, mas vida em plenitude;  
Se encaminhe para os compromissos de: elaborar e divulgar material informativo, criar Comissões de DST/AIDS em âmbito diocesano e regional e contribuir na elaboração de políticas públicas voltadas aos portadores do HIV/AIDS.<sup>90</sup>

Os menos favorecidos, na maioria das vezes o foco das Igrejas, não são atingidos pelas campanhas de prevenção da AIDS. Estes menos favorecidos não aderem ao tratamento, não compreendem as recomendações médicas, não sabem ler, não têm relógio nem noção do tempo. Faltam alimentos para que eles consigam suportar a grande demanda de medicamentos o que dificulta a sua absorção. Estes menos favorecidos que precisam de acolhimento das Igrejas não têm para onde ir após a alta hospitalar, voltando para as ruas. Com isto, as sucessivas internações são uma realidade presente na sua vida de soropositivo. Sem parentes, amigos e rede de apoio, definham e morrem.<sup>91</sup>

Além de toda esta problemática da rejeição e dificuldade enfrentadas, ainda temos os casais soropositivo que, como sabemos podem ser reinfectedos e, assim, pioram o seu quadro clínico. A reinfecção pode ser prevenida com o uso do

---

<sup>89</sup> SALLA, 2006.

<sup>90</sup> D’AZEVEDO, 2000.

<sup>91</sup> CNBB, 2002.

preservativo, mas o que é indicado pela maioria das Igrejas é a abstinência. A indicação da abstinência fere estes casais. A separação não é cogitada, pois a doença, muitas vezes, reascende o amor e a relação que, por várias razões, podia estar apagada. Como impor um comportamento que já se sabe de antemão não será seguido?<sup>92</sup>

A Igreja deve chegar antes do vírus nas comunidades, disponibilizando canais e estruturas de presença nos mais diversos ambientes para que a informação atinja todos os níveis. A informação é o melhor remédio, ou em outras palavras, é a melhor prevenção. É preciso multiplicar e socializar a informação adequada para que novas pessoas possam evitar o contágio com o HIV. As Igrejas devem observar que as respostas religiosas ao desafio da AIDS não devem passar por cima das explicações científicas.

A AIDS trouxe desafios à fé legítima e ao exercício de seus princípios. A doença deve ser abordada pelas Igrejas a partir da religiosidade, tendo o cuidado para não cair em um discurso de intolerância. Relacionar a AIDS com prazer, pecado, doença, castigo, justiça e Deus é distorcer a realidade e trabalhar contra este grande desafio de prevenção de novos casos. Cabe às Igrejas desvelar suas próprias doutrinas e seus procedimentos, avaliar se suas práticas são excludentes, segregacionistas ou discriminadoras. As Igrejas devem sair de si mesmas, exercendo o ministério da misericórdia, da consolação, assistindo aos doentes, não somente aos da AIDS, mas todos os enfermos e seus familiares.

Podemos entender que o HIV na realidade são dois vírus, um percorre o curso da programação genética e o outro é o ideológico, que percorre o curso do preconceito, da vaidade e da soberba. Este último as Igrejas têm condições de atacar, prevenir e até curar.<sup>93</sup>

### **3.1 Pensamentos de algumas Igrejas Cristãs**

Jane Galvão descreve que existem dificuldades e barreiras para abordar a AIDS no meio religioso. A AIDS fala do corpo, da sexualidade, ou seja, questões

---

<sup>92</sup> CNBB, 2002.

<sup>93</sup> PORATH, Renatus; QUINTINO, Milton. *Igrejas e AIDS (2)*. Rio de Janeiro: ISER, 1990.

difíceis para serem trabalhadas em Igrejas. Superar estes impasses não é tarefa fácil. No Brasil, Jane Galvão considerava ainda na década de 1990 que a iniciativa das Igrejas ainda é tímida, mas que está surgindo.<sup>94</sup>

A epidemia de AIDS mostrou, tirou debaixo do tapete, seja da Igreja, seja da sociedade como um todo, uma realidade que você não tem como contestar ou questionar, a realidade se apresenta, ela é assim. A AIDS escancarou as nossas maneiras de exercício da sexualidade.<sup>95</sup>

A declaração acima do Frei José Bernardi reflete a postura da sociedade e da Igreja desde o surgimento do vírus HIV. O HIV não é só um vírus e sim um vírus que podemos chamar de vírus social. Desde a sua chegada, a postura sobre sexualidade teve que ser repensada por todos. Os temas sexo e atividade sexual começaram a fazer parte do dia a dia, e as pessoas até então não discutiam abertamente este tema polêmico e delicado. Tudo o que até a década de 1980 era guardado e escondido pela sociedade, começou a vir à tona.<sup>96</sup> O Frei Bernardi ainda acrescentou em sua entrevista: “quem tinha uma visão pessimista da sexualidade, leu a epidemia da AIDS como castigo pela perversão da sexualidade. Quem tem uma visão mais positiva vai propor uma teologia do cuidado”.<sup>97</sup>

A Igreja tem insistido na fidelidade como meio seguro de prevenção.<sup>98</sup> Para a Igreja Católica, os pais devem educar os filhos para o amor casto e sobre a imoralidade das relações pré-matrimoniais.<sup>99</sup> Desta forma, conversar sobre sexo seguro, uso de preservativo e sexualidade não é incentivado pela Igreja Católica. Ignorar a sexualidade de jovens e adolescentes nos dias de hoje é puramente ingênuo ou, até pior, podemos falar em uma grande hipocrisia.

A Organização Mundial de Saúde considera que estamos vivenciando a terceira epidemia de AIDS. A primeira foi a disseminação do vírus, a segunda a manifestação da síndrome e a terceira engloba as reações sociais, políticas e culturais a respeito do vírus. Esta última fase da epidemia é descrita como a única

---

<sup>94</sup> PORATH; QUINTINO, 1990.

<sup>95</sup> TRASFERETTI, José Antônio; LIMA, Livia Ribeiro. *Teologia, sexualidade e AIDS*. Aparecida: Santuário, 2009.

<sup>96</sup> TRANSFERETTI; LIMA, 2009.

<sup>97</sup> TRANSFERETTI; LIMA, 2009.

<sup>98</sup> CNBB, 2002.

<sup>99</sup> TRANSFERETTI; LIMA, 2009.

com uma cura, a solidariedade, evitando a discriminação, preconceito e pânico nas pessoas afetadas pelo vírus.<sup>100</sup>

Os evangélicos, com as suas mais variadas ramificações de condutas cristãs, possuem uma diversidade de posicionamentos e ações em relação à atenção ao soropositivo. Há aqueles que se propõem a curar a AIDS através da fé e a consideram como um castigo de Deus. Há os que não se propõem à cura, mas apenas a acolher o pecador. Há, ainda, os que não relacionam o fato de estar infectado ao pecado, mostrando, de certa forma, um acolhimento realmente sem estigmas. A Igreja Católica tem uma posição oficial contra a camisinha. É bem verdade que, nos dias atuais, se começa a delinear novas discussões, ao menos, quanto ao uso de camisinha para os casais sorodiscordantes.<sup>101</sup>

O discurso da Igreja se fundamenta numa moral que quer santificar a união do homem e da mulher, repudiar a promiscuidade sexual, construir e valorizar a família. Rejeita o sexo fora do casamento e, por uma certa concepção de lei natural, só aceita o controle de natalidade por métodos naturais. Por isso, condena as campanhas do preservativo, sobretudo por prescindirem dos aspectos morais do seu uso.<sup>102</sup>

Em 1999, foi criada junto à CNBB a Pastoral de DST/AIDS para entre outras atividades trabalhar para a prevenção de doenças sexualmente transmissíveis. No ano seguinte, ela distribuiu um folheto em paróquias de todo o país lembrando que, para conter o avanço da AIDS, “as recomendações da medicina são: evitar o uso comum de seringas; evitar relações sexuais sem preservativo; e evitar transfusões sem conhecer a procedência do sangue”.<sup>103</sup> No Brasil, cerca de 150 entidades católicas se dedicam à prevenção da AIDS e à assistência aos portadores do vírus e aos doentes. A obra inclui a distribuição do preservativo, bem como o esclarecimento sobre a importância de sua utilização.<sup>104</sup>

---

<sup>100</sup> PORATH; QUINTINO, 1990.

<sup>101</sup> ABIA. *Boletim ABIA*, n. 56, nov. 2008.

<sup>102</sup> ABIA, 2008.

<sup>103</sup> MELLAGI, André. *O enfrentamento religioso em pacientes portadores de HIV/AIDS: um estudo psicossocial entre homens católicos e evangélicos*. Dissertação de Mestrado. Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2009.

<sup>104</sup> BIANCARELLI, Aureliano. Católicos adotam realismo contra a AIDS. *Folha de São Paulo*, 19 out.

Em 1989, a IECLB emitiu, a partir da Presidência, uma carta pastoral acerca do assunto. Afora a terminologia de “aidéticos”, então usual, mas entrementes rechaçada, por poder conter ou sugerir um estigma discriminatório contra as pessoas soropositivo ou que contraíram o vírus HIV,<sup>105</sup> a Igreja Luterana confessa que existe preconceito e falta de solidariedade para com pessoas que vivem com AIDS. Também constatamos que tudo isso, associado à falta de informação e de compreensão, pode agravar a enfermidade e impedir a melhoria da qualidade de vida das pessoas que vivem com HIV. Por isso, como Igreja, precisamos pedir perdão a todas as pessoas que vivem com AIDS pelo nosso silêncio que, certamente, contribuiu para a exclusão e o preconceito e fez aumentar o seu sofrimento e de seus familiares nestes mais de 30 anos da epidemia. Alguns trechos da Carta Pastoral da IECLB merecem ser citados:

- 1) A AIDS é uma doença que, ao manifestar-se, é fatal. Ainda não está em vista uma vacina que imunizasse contra ela, nem mesmo um remédio que de fato curasse.
- 2) O contágio acontece através de sangue e de relações sexuais íntimas. Está sendo afetado, pois, o comportamento sexual das pessoas, motivo de uma inibição que pode colaborar com a proliferação da praga.
- 3) Em seus princípios, a AIDS era uma doença nitidamente concentrada em assim chamados grupos de risco, ou seja homossexuais, drogados (por usarem a mesma agulha de injeção), hemofílicos (por dependerem de periódicas transfusões de sangue), prostitutas. Hoje já não é mais bem assim. Toda pessoa obrigada a se submeter a uma cirurgia e receber sangue alheio está ameaçada. Ademais, também relações heterossexuais, com parceiros diversos, desconhecidos, representam um fator de risco. O uso da “camisinha” pode reduzir, mas não eliminá-lo.
- 4) De outro lado existe um verdadeiro pânico. Isola as pessoas infectadas e as joga ao abandono, muito à semelhança do que acontecia com os leprosos no tempo do Novo Testamento. Assim é multiplicado o sofrimento dos doentes. Não é por qualquer coisa que se dá o contágio. Não se transmite a doença por contato ou abraço, pelo uso dos mesmos talheres ou dos mesmos banheiros, e muito menos pelo uso do mesmo cálice na Santa Ceia. Não há motivos para perder a cabeça.
- 5) Uma terceira atitude é a que rejeita os aidéticos por motivos morais. Seriam pecadores, castigados por Deus, amaldiçoados. Tornaram-se conhecidas verdadeiras tragédias familiares: membros que contraem a doença são simplesmente excomungados. Ser aidético, isto para muitos ainda hoje é escandaloso. Parece revelar, sem margem de dúvida, pecado cometido. Desta forma, porém, os aidéticos devem suportar não somente os males de sua doença como também a amargura de uma brutal condenação social. Será justo isso? Quem está pecando?

---

2002.

<sup>105</sup> LUTERANOS. Disponível em <<http://www.luteranos.com.br/posicionamentos/aids.htm>>. Acesso em: 03 fev. 2012.

- 6) Aliás, é muito comum tentar-se fazer uma distinção entre aidéticos “inocentes” e outros “culpados”. Aos primeiros pertenceriam as vítimas de transfusões de sangue; os culpados seriam os demais. Novamente é preciso alertar para a injustiça que desta forma se poderá fazer. Separar entre o joio e o trigo (Mateus 13.24s) também neste caso vai terminar em desastre.
- 7) AIDS é uma doença mortal, mas em princípio evitável. Há como se proteger.
- 8) Precaução contra a AIDS exige comportamento sexual responsável. Promiscuidade, troca de parceiros ainda que esporádica, prostituição representam fatores de alto risco; enquanto parceria e relação matrimonial estável asseguram eficiente proteção.
- 9) Embora a convivência normal com aidéticos não corra o risco do contágio, recomenda-se cuidar da higiene, inclusive para proteger o próprio aidético. Certamente não há motivos para exageros. Mas negligência acarreta danos.
- 10) Que as famílias não excluam seus eventuais membros aidéticos, mas que tentem carregar com eles o fardo da doença.
- 11) Que o aidético não seja abandonado nem mesmo na fase terminal da doença. Amor ao próximo enfrenta neste e em semelhantes casos um de seus maiores testes de autenticidade.
- 12) Que os próprios aidéticos tratem de se socorrerem mutuamente, encontrando-se e procurando estabelecer formas de comunhão.
- 13) Que na comunidade cristã haja voluntários que, em casos concretos, estejam dispostos a prestar auxílio.<sup>106</sup>

Esta primeira manifestação da Igreja Luterana trouxe pontos marcantes que são presentes mesmo depois de quase 25 anos. Na carta a doença é caracterizada como tendo a sua transmissão principalmente através do sexo, descreve as vítimas como grupos de risco e define a doença como fatal. Faz ainda os fiéis refletirem sobre a problemática de definir culpados e castigados e orienta a solidariedade, mas tudo isto regado com a nomenclatura preconceituosa definindo estas vítimas de aidéticos.

Neste contexto do HIV/AIDS, a Igreja Evangélica ganhou destaque nesse cenário, através do poder da cura, movida pela fé. O discurso sobre a “cura divina”, por exemplo, é o que parecia causar maior divisão entre as igrejas, pois alguns segmentos evangélicos supervalorizavam este fenômeno. E isso se confirmava entre os profissionais de saúde, pois diziam que em nome da fé, pessoas contaminadas com o vírus da AIDS abandonavam o tratamento, que por consequência causava diversas complicações, levando até à morte.<sup>107</sup>

---

<sup>106</sup> IECLB. *Carta Pastoral n. 836/89*, jan. 1989. *Jornal Evangélico*, Porto Alegre, n. 4, 1989.

<sup>107</sup> SOARES, Amanda. *A AIDS e as Igrejas Evangélicas: entre a fé e a razão*. Projeto de pesquisa apresentado ao Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde como

Outra iniciativa por parte de uma igreja evangélica apareceu no verão de 1993. A Igreja Evangélica Batista montou o Projeto Cristo nas Praias. O objetivo era levar informações sobre o risco da AIDS, mostrando que a solução estava além da camisinha, pois a “solução” estava em Jesus Cristo. O evento contou com aproximadamente 60 pessoas, e foram distribuídos 50 mil folhetos.<sup>108</sup>

Em 1998, voltam a surgir novos relatos médicos acerca de pessoas evangélicas que deixavam de tomar os remédios, dizendo que Jesus havia curado o mal. O médico Alberto Aldet revela que na cidade de Barra Mansa-RJ existiam cerca de cinco mil pessoas infectadas e apenas 90 se tratavam, acreditando que as igrejas evangélicas prejudicavam as pessoas. Uma testemunha que não se revelou contou que um dos Pastores da Igreja Batista Central, no bairro do Cajueiro, disse que ele poderia parar de tomar os remédios, pois já estava curado.<sup>109</sup>

Cada uma das Igrejas Cristãs (Católica, Luterana e Evangélica) fez as suas manifestações iniciais que ficaram marcadas até os dias atuais em seus fiéis. A pesquisa realizada com o grupo de líderes espirituais que será apresentada no capítulo seguinte comprova esta afirmativa.

---

requisito parcial para obtenção do título de Especialista em Comunicação e Saúde. Rio de Janeiro, 2008.

<sup>108</sup> ABIA. Projeto AIDS e religião. *A Tribuna*, 14 fev. 1993.

<sup>109</sup> ABIA. Projeto AIDS e religião. *O Dia*, 02 fev. 1998.





## 4 GRUPO DE ESPIRITUALIDADE QUE ATUA NO HOSPITAL CENTENÁRIO E SUAS PERCEPÇÕES SOBRE O HIV/AIDS

### 4.1 Hospital Centenário

A história do Hospital Centenário remonta ao ano de 1924, ano do Centenário da Fundação da Colônia de São Leopoldo, quando foi lançada a pedra fundamental do Hospital Municipal, na Praça 20 de Setembro, no Bairro Centro. Visando o provimento dos recursos para a construção e manutenção do futuro Hospital Municipal, o Conselho Municipal criou, em 1926, um imposto hospitalar majorando em 5% os impostos municipais. Além disso, foi necessária colaboração da comunidade através de uma Comissão de Arrecadação de Doações e de Coordenação das Obras. Assim, quatro anos depois do lançamento, foram iniciadas, em 10 de outubro de 1928, as obras de construção, na divisa com o Bairro Fião.<sup>110</sup>

Como até essa data São Leopoldo não tinha hospital, os pacientes eram atendidos em suas residências ou, na época, no consultório médico pertencente ao Dr. Frederico Wolfenbüttel. Os casos mais graves eram encaminhados para a Santa Casa de Misericórdia, em Porto Alegre. Neste contexto, surge a necessidade de São Leopoldo ter logo o seu próprio hospital. Em 15 de fevereiro de 1931, o hospital foi inaugurado e entregue à comunidade pelo então Intendente, Cel. Theodomiro Porto da Fonseca, juntamente com a presença de autoridades eclesiásticas e civis. Foi em homenagem ao centenário da imigração alemã e por ter sido lançada sua pedra fundamental em 1924 que o hospital recebeu o nome de “Centenário”.<sup>111</sup>

---

<sup>110</sup> VARGAS, Giovana. *Hospital: olhares, redes e espaços*. Trabalho de Conclusão de Curso (Licenciatura em Pedagogia) – Unisinos, São Leopoldo, 1999.

<sup>111</sup> Histórico do Hospital Centenário. Disponível em: <[https://www.saoleopoldo.rs.gov.br/home/show\\_page.asp?user=&id\\_CONTEUDO=1333&codID\\_CAT=249&imgCAT=&id\\_SERVICO=&ID\\_LINK\\_PAI=1304&categoria=Hospital%20Centen%E1rio](https://www.saoleopoldo.rs.gov.br/home/show_page.asp?user=&id_CONTEUDO=1333&codID_CAT=249&imgCAT=&id_SERVICO=&ID_LINK_PAI=1304&categoria=Hospital%20Centen%E1rio)>. Vários acessos.

**Ilustração 5:** Fachada do Hospital Centenário em 1934

**Fonte:** Museu Histórico de São Leopoldo.

No início, persistia o impasse de quem assumiria a direção interna do Hospital. O governo do município então se dirigiu às Irmãs Franciscanas da Penitência e Caridade Cristã e convidou-as para dirigir esta importante instituição filantrópica. A Madre Laeta aceitou o encargo de administrar esta casa de saúde. O Hospital dispunha de quartos particulares, de primeira e segunda classe, e alguns leitos nas enfermarias destinados àqueles pacientes que não eram indigentes, nem reconhecidamente pobres, mas que não estavam em condições de, ou não queriam, pagar as despesas de primeira e segunda classe. Os doentes particulares pagavam uma caução no ato da entrada e tinham livre escolha de médico e farmácia. Aos indigentes ou pessoas reconhecidamente pobres eram fornecidos atendimento médico, farmácia e hospitalização, ficando o custeio a cargo da municipalidade.<sup>112</sup>

Os doentes indigentes ou pessoas muito pobres, segundo critérios definidos pela Municipalidade, eram internados nas enfermarias comuns do hospital e tinham suas despesas custeadas pela Assistência Pública. Também eram atendidas as vítimas de acidentes e desastres, que eram removidas em autoambulância municipal. Vários foram os melhoramentos verificados no Hospital Centenário, tendo

---

<sup>112</sup> VARGAS, 1999.

sido salientada a importância na época, da construção de um espaço de isolamento, o Pavilhão de Tuberculose. Inaugurado em 1948, e que segundo o jornal Correio de São Leopoldo era “muito bem separado nos seus diversos compartimentos, está assim o pavilhão pronto para dar acolhida aos que sofrem da terrível peste branca”.<sup>113</sup>

No interior da instituição foi construída uma capela Católica, na qual eram realizados batizados, missas e outras celebrações. Atualmente esta capela está sendo restaurada com a ajuda dos integrantes do grupo de espiritualidade envolvendo várias Igrejas Cristãs. A capela do Hospital Centenário foi inaugurada oito anos após a fundação do hospital, em 1931. Quem cuidava da capela eram as Irmãs Franciscanas da Caridade, que faziam missas abertas à comunidade. Ela não era somente a capela do hospital, no local eram feitos todos os sacramentos, como casamentos, batismos e crismas.<sup>114</sup>

**Ilustração 6:** Interior da Capela



**Fonte:** Museu Histórico de São Leopoldo.

Os atendimentos do Hospital Centenário tendiam a aumentar cada vez mais, pois prestava relevantes serviços, não só aos doentes de São Leopoldo, como aos

<sup>113</sup> PETRY, 1966.

<sup>114</sup> Comunidade Religiosa pede reforma da capela. Disponível em: <<http://www.portalsaoleo.com.br/sao-leopoldo/comunidade-religiosa-pede-reforma-na-capela-do-centenario>>. Vários acessos.

de toda a região, fazendo com que o Hospital Centenário se firmasse como um dos mais importantes de toda a região. Para atender às necessidades de saúde da população em meio ao intenso processo de crescimento urbano, industrial e demográfico, este acelerado pelo processo migratório desde o final da década de 1960, foram realizadas sucessivas reformas, ampliações, aquisições de equipamentos e introduzidas adequações tanto no campo administrativo como nas relações e processos de trabalho. Com a saída, em fins da década de 1980, das irmãs da direção e a entrada de gestores indicados pelos chefes do Poder Executivo que se sucederam, com base em critérios políticos, os processos das mudanças passaram a ser influenciados pelos interesses hegemônicos em cada período. Nesse contexto também se insere a transformação do HC em fundação de direito público.<sup>115</sup>

Atualmente, ao HC como integrante da rede de serviços de atenção à saúde, cabe a atenção terciária. Porém, por razões diversas relacionadas com o funcionamento da rede e à cultura que se desenvolveu em decorrência delas, um número expressivo de situações que poderiam ou deveriam ser atendidas na rede demandam atenção no HC. A instalação de um ambulatório junto ao HC contribuiu para redirecionar a busca.

O atendimento diário do HC conta com 14 médicos em regime de plantão (2 socorristas, 1 cirurgião geral, 2 pediatra, 1 neurologista, 1 traumatologista, 2 obstetras, 2 anestesistas, 1 intensivista neonatal, 1 intensivista adulto) mais 9 médicos rotineiros. Junto ao HC também está instalada a base do SAMU para prestar a assistência de urgência que lhe compete. Além disso, o hospital está credenciado para procedimentos de alta complexidade, neurologia, casa da gestante, referência para acidentes com material biológico e referência em aleitamento materno.<sup>116</sup>

## **4.2 Atendimento Espiritual**

Juntamente com o atendimento técnico, o Hospital Centenário oferece aos seus pacientes apoio espiritual ao longo dos quase 80 anos de existência. A

---

<sup>115</sup> VARGAS, 1999.

<sup>116</sup> Dados do Recursos Humanos do Hospital Centenário.

Igreja Católica esteve presente através dos padres jesuítas oferecendo apoio e aconselhamento no momento de crise e doença para os pacientes internados e seus familiares. Durante mais de 60 anos, o hospital foi administrado conjuntamente com a presença das Irmãs Franciscanas da Penitência e Caridade Cristã.

**Ilustração 7:** Irmã Franciscanas da Penitência e Caridade Cristã após visita de enfermos na Clínica Médica Masculina



**Fonte:** Museu Histórico de São Leopoldo

No ano de 2006, os padres jesuítas da Companhia de Jesus entregaram a Capelania para a Diocese de Novo Hamburgo, quando o Frei Paulo Inácio Labres assumiu o Serviço de Assistência Espiritual da instituição. O serviço atualmente divide-se em três formas de atuação:

- 1) Visitas diárias do Capelão;
- 2) Comissão Ecumênica;
- 3) Reforma da Capela.

Fazendo parte deste grupo estava o administrador do Hospital Centenário, a assistente social e psicóloga da instituição além de representantes das seguintes igrejas:

- 1) Igreja Católica;
- 2) Igreja Conservadora Batista Betel;
- 3) IECLB;
- 4) Igreja Pentecostal Porta da Salvação.<sup>117</sup>

Este grupo elaborou um Regimento Interno para auxiliar o andamento da assistência espiritual na instituição. A partir do ano de 2007, a comissão passou a reunir-se todas as quartas-feiras às 9h na Sala do Serviço Social do Hospital Centenário. Até o momento já realizaram dois Cursos da Capacitação de futuros visitantes reunindo mais de 100 pessoas de 15 igrejas diferentes.

As atividades básicas dos assistentes espirituais são as seguintes:

1. Atendimento diário a pacientes hospitalizados e em tratamento ambulatorial;
2. Consolo a enlutados;
3. Aconselhamento bíblico em crises para pacientes e profissionais da saúde;
4. Suporte emocional e espiritual para acompanhantes e profissionais;
5. Cultos para pacientes e profissionais em local próprio, conforme a normatização da instituição;
6. Distribuição gratuita de literatura bíblica e outros materiais;
7. Oração individual e/ou coletiva por pacientes, familiares e outros interessados;
8. Participação em comitês de ética do Hospital Centenário, quando solicitado;
9. Ministrando cursos e palestras de preparação para novos assistentes espirituais e visitantes quando convidado pela Diretoria.

O Serviço Social organiza a escala de assistentes espirituais distribuindo as igrejas participantes nas unidades de internação. Este cronograma é realizado mensalmente e fica afixado no mural de informações da instituição. As visitas ocorrem na beira dos leitos e a individualidade e respeito às crenças e religião de cada paciente é respeitada. Não ocorrem celebrações na instituição. Somente em momentos marcantes para as Igrejas Cristãs, como Páscoa e Natal, a instituição juntamente com o grupo de espiritualidade, promove cultos ecumênicos envolvendo funcionários, pacientes e comunidade. Nos trabalhos do grupo, todas as Igrejas têm o seu espaço e as decisões são democráticas, não ocorrendo o privilégio de nenhuma instituição religiosa.

A parceria entre as Igrejas envolvidas nas reuniões e encontros são

---

<sup>117</sup> Atas e documentos do grupo.

momentos únicos que deveriam ser seguidos de exemplos para os trabalhos frente à epidemia de HIV/AIDS: todos colaboram, participam com a finalidade final do acolhimento humanizado e ético dos pacientes internados no Hospital Centenário.

**Ilustração 8:** Comissão de Assistência Espiritual do Hospital Centenário<sup>118</sup>



O projeto de pesquisa protocolado pelo número 11/2011 foi analisado e aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Escola Superior de Teologia (EST). Seguindo a metodologia, a pesquisa foi descritiva com enfoque quantitativo. O questionário foi aplicado no dia 06 de março de 2012, o objetivo foi traçar o perfil de pensamento dos líderes religiosos que atuam no grupo de espiritualidade do Hospital Centenário. Estes religiosos, como já foi relatado, realizam visitas para os pacientes internados. Neste dia, as lideranças religiosas estavam reunidas para traçar as metas para serem seguidas e respeitadas no ano de 2012, agendar a nova capacitação para futuros visitantes e realizar a troca de experiências. O encontro ocorre no Anfiteatro do Hospital Centenário. Estavam presentes no encontro, além das lideranças religiosas, a assistente social e psicóloga da instituição. No encerramento do encontro, o médico coordenador do Serviço de Assistência Especializado de São Leopoldo solicitou a colaboração dos religiosos para orientação e engajamento para o controle da tuberculose no município de São

<sup>118</sup> Grupo de religiosos do HC. Disponível em: <<http://www.hospitalcentenario.com.br/projetos>>. Vários acessos.

Leopoldo. Ao encerrar o encontro, os participantes receberam o laço que representa a luta a pandemia da AIDS/HIV, a maioria das pessoas no mesmo instante afixaram em suas roupas, porém, os integrantes guardaram imediatamente. Participaram lideranças religiosas de cinco igrejas cristãs, totalizando 23 entrevistados.

**Tabela 3:** Igrejas participantes na pesquisa

<b>Igreja</b>	<b>Participantes</b>
Deus é amor	2
Assembléia de Deus	8
Pentecostal	4
Católica	6
Igreja Luterana	3
<b>Total</b>	<b>23</b>

Nenhum líder se negou de participar da pesquisa. Porém, um questionário foi entregue em branco. Os itens analisados para traçar a identidade do grupo foram: faixa etária, sexo, escolaridade e tempo de atuação religiosa. Dentre a faixa etária predominou acima de 50 anos, ou seja: a maioria viveu o surgimento da pandemia do HIV/AIDS e passou pelas mudanças culturais da doença.

**Gráfico 6:** Faixa etária dos entrevistados



Quando analisamos o sexo dos entrevistados, o predomínio foi do sexo masculino, com 65,21 %, em comparação aos 30,44% do sexo feminino, além de um questionário que não foi preenchido que representa 4,35%.

**Gráfico 7:** Gênero dos entrevistados

A metade dos entrevistados pertence aos grupos de escolaridade fundamental ou ensino médio, a liderança que apresenta maior nível de escolaridade possui mestrado.

**Tabela 4:** Escolaridade dos entrevistados

<b>Escolaridade</b>	<b>Número de entrevistados</b>
Ensino Fundamental	8

Ensino médio/Ensino Técnico	6
Ensino Superior	5
Especialização	2
Mestrado/Doutorado	1
Outro	0
NR	1
<b>Total</b>	<b>23</b>

Quando questionados sobre o tempo de atuação como liderança religiosa, grande parte atua nesta vocação há mais de 10 anos, todos atuam mais de um ano nas suas comunidades, com exceção do entrevistado que não respondeu este questionamento.

#### **Gráfico 8:** Tempo de atuação religiosa

Quando iniciaram as perguntas propriamente direcionadas às questões do HIV/AIDS, o primeiro item questionado foi se eles sabiam o que era o HIV/AIDS. Para surpresa, mesmo depois de mais de 30 anos de pandemia, uma pessoa respondeu que sabia razoavelmente (4,35%), um não respondeu (4,35%) e o restante (91,30%) sabem do que se trata o tema. Isto demonstra que praticamente todos os entrevistados, ainda que razoavelmente, sabem o que é HIV/AIDS. O tema em algum momento em suas vidas esteve presente, não sendo um tema longe da realidade.

A próxima pergunta foi: como você vê o HIV/AIDS? As respostas seguem abaixo:

- 1) uma doença que só Deus pode curar.
- 2) uma epidemia, doença do pecado, da desobediência. Mas temos que amar as pessoas e não rejeitá-las. Dar o apoio preciso.
- 3) uma doença incurável, resultado da relação sexual ilícita.
- 4) pessoas necessitadas e doentes.
- 5) pessoas doentes e carentes.
- 6) uma doença que veio para ficar, se fizermos campanhas para estacionar dizendo basta.
- 7) uma doença adquirida por falta de prevenção devido a fatores sociais e de opiniões próprias.
- 8) uma doença.
- 9) uma doença terrível que vem do pecado.
- 10) uma enfermidade que destrói as defesas do organismo humano.
- 11) Pessoas que precisam de ajuda, orientação sobre sua situação e tratamento adequado.
- 12) uma doença terrível que carece de acompanhamento e tratamento médico e aconselhamento.
- 13) a situação já foi mais crítica, porém hoje as pesquisas avançaram bastante.
- 14) uma enfermidade totalmente solucionável, desde que tratada com amor e afeto aos infectados.
- 15) doença infecciosa com tratamento.
- 16) uma realidade da saúde pública que deve superar os preconceitos.
- 17) não respondeu
- 18) um problema que devemos todos lutar, mas não com o uso do preservativo.
- 19) uma doença sexualmente transmissível.
- 20) como uma doença de cuidados especiais.

A partir desta questão, começamos a ver que o estigma da doença como pecado, algo ilícito e estando diretamente ligada ao sexo. As outras formas de transmissão não aparecem nesta primeira visão.

O próximo questionamento foi sobre conhecerem alguém com HIV/AIDS. Para surpresa, mesmo com os números cada vez maiores de casos da doença, disseminação em praticamente todos os países do mundo, 34,78% dos líderes não conhecem ninguém com esta doença, 4,34% não respondeu e 60,87% conhecem alguém portador ou doente.

**Gráfico 9:** Você conhece alguém com HIV/AIDS?

O material educativo sobre o tema HIV/AIDS de conhecimento dos líderes religiosos entrevistados são na maioria livreto, cartazes e informativos da Secretaria de Saúde ou Ministério da Saúde. Os representantes católicos mencionaram o material da Pastoral da AIDS. Os preservativos também foram considerados como material educativo. No entanto, muitos envolvidos na pesquisa nunca tiveram acesso a materiais educativos.

**Gráfico 10:** Você conhece e já leu algum material educativo sobre HIV/AIDS?

Você já tratou sobre o tema HIV/AIDS em atividades na sua comunidade? Este questionamento foi respondido na sua grande maioria como não, inclusive em algum momento o tema HIV/AIDS foi utilizado como uma analogia ao pecado,

somente um respondeu que já realizou aconselhamento para uma pessoa portadora do vírus.

**Gráfico 11:** Você trabalhou com a temática HIV/AIDS em suas atividades religiosas?

**Gráfico 12:** Você já orientou/acompanhou alguém com HIV/AIDS?

É difícil de acreditar que mesmo realizando trabalho em comunidade e realizando visitas nas unidades de internação do Hospital Centenário, mais de 50% dos entrevistados não orientaram ou acompanharam nenhum paciente portador do vírus HIV ou mesmos doentes com AIDS. Pode ocorrer também o fato dos pacientes não verbalizarem o seu estado sorológico para os seus líderes religiosos devido ao

estigma e preconceito que imaginam que possam sofrer.

A temática HIV/AIDS não é muito abordada durante os cultos ou celebrações religiosas.

**Gráfico 13:** Você costuma falar sobre HIV/AIDS em suas celebrações?

Como cada tradição religiosa vê o HIV/AIDS, as respostas foram muitas, e demonstram claramente que o preconceito e estigma desta doença, mesmo com o passar dos anos, ainda está muito enraizado e presente nos conceitos das igrejas.

1. uma enfermidade maligna que só as mãos de Deus pode eliminar.
2. o nosso corpo é o templo do Espírito Santo e tudo aquilo que escolhemos o mal ou o bem, o certo ou errado, pois temos o livre arbítrio.
3. como o pecado e prostituição.
4. um ser humano necessitado.
5. não respondeu.
6. uma pessoa doente.
7. uma situação preocupante mas não trabalhada em grupo mais individual.
8. uma doença sem cura causada pela multiplicação do pecado na terra.
9. um mal que assola a humanidade, devemos ter muito cuidado.
10. enfermidade.
11. pessoas comuns.
12. doença adquirida por falta de cuidados.
13. uma enfermidade de alto grau patológico, porém pode ser tratada.
14. algo que precisa de conscientização, fé em Deus é essencial.
15. infecção.
16. uma doença controlada e que as pessoas devem tomar os devidos cuidados para não serem contaminados.

17. Pastoral da AIDS.
18. como um tabu.
19. um acidente de percurso.
20. como o mal do século e também falta cuidado, limites e conhecimento.

Encerrando a entrevista, o entrevistado é convidado a descrever o que falaria para uma pessoa com HIV/AIDS necessitando de aconselhamento e orientação.

1. procurar Deus, porque só ele tem o poder para te libertar, curar e te salvar
2. encaminhar para atendimento médico e levaria à Igreja para adoção
3. para não ter mais reação sexual com ninguém e procurar atendimento especializado
4. Procurar Jesus e tratamento
5. Jesus ama ela, Jesus vai curar, a vontade dele será feita, crer tendo fé
6. não poderia dizer muito pois precisaria ter mais conhecimento, não só o lado religioso mais também o psicológico
7. enfrente com sabedoria, pois tudo é consequência de nossas atitudes e serve também para uma lição de vida
8. procurar orientação médica e ter fé em Deus
9. que isso não é o seu fim próximo. É uma batalha a ser combatida
10. fazer tratamento médico e psicológico
11. procurar uma autoridade médica, fazer tratamento, levar uma vida normal e prevenir para não contaminar outras pessoas
12. continuar o tratamento, não ter relacionamento na forma que passasse a doença
13. amor
14. trataria com compreensão e aconselhamento, não deixando faltar afeto e confiança em Deus
15. fazer o tratamento
16. buscarem tratamento
17. daria apoio, encaminhar para atendimento médico, abrir espaço para que ele tenha apoio, conselho espiritual
18. diria que fosse forte para a luta que ela vai enfrentar para Deus nada é impossível, fazer tratamento correto

Ao finalizar a leitura das respostas, temos a impressão que o questionário foi aplicado nos primeiros anos da epidemia de HIV/AIDS, mesmo com 30 anos de estudos, debates e descobertas os pensamentos e preconceitos seguem os mesmos. O estigma da doença sendo associada ao sexo e ao pecado ainda está vivo no pensamento das pessoas.

Outra preocupação é a respeito do próprio grupo pesquisado, estes realizam visitas hospitalares, ou seja, visitam pacientes portadores do vírus HIV e doentes

com AIDS. Que tipo de aconselhamento e orientação estão passando, como aceitam a situação destes pacientes, como as suas igrejas estão acolhendo ou afugentando destas pessoas.

Como o tempo de convivência com a temática HIV/AIDS para a maioria dos entrevistados já supera as três décadas, estes pensamentos já deveriam estar modificados. Porém, a realidade nos mostra o contrário. A instituição deverá ficar atenta para estas condutas, pois as instituições hospitalares devem manter-se totalmente apoiadoras dos seus pacientes e protegê-los da todo e qualquer tipo de preconceito e discriminação. A Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde traz em seus princípios o direito de todo cidadão ao atendimento humanizado, acolhedor e livre de qualquer discriminação. Este atendimento deve respeitar a pessoa, seus valores e seus direitos.<sup>119</sup>

---

<sup>119</sup> BRASIL. Ministério da Saúde. *Carta dos direitos dos usuários da saúde*. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.



## CONCLUSÕES

Era uma vez um vírus, ele morava bem escondidinho nas matas da África no interior dos macacos, mas o homem o encontrou e distribuiu para todas as nações. Pode até parecer que esta história iria acabar com a eterna frase ... e todos tiveram um final feliz. No entanto, quando falamos do vírus HIV nem o começo, meio e muito menos fim são felizes. O trabalho que acaba de ser concluído traçou a trajetória do vírus até a cidade de São Leopoldo-RS. Ele chegou na cidade de forma tímida no ano de 1982, mas no momento coloca esta cidade entre os municípios com mais casos de AIDS no Brasil.

Como estas pessoas eram vistas há 30 anos não mudou praticamente nada, somente mudou a quantidade de medicamentos pesquisados, testes cada vez mais rápidos e ao alcance da população. Porém, nesta mesma velocidade o preconceito e o estigma seguem a pandemia.

Ao analisar as respostas dos entrevistados na pesquisa, vemos que mesmo as pessoas mais espiritualizadas da nossa sociedade que, pelas leis divinas, estão preparadas de forma mais acolhedora e fraternal ainda consideram o HIV um castigo de Deus. Uma cidade como São Leopoldo, que encontra-se entre as cidades brasileiras com os maiores números de casos de AIDS, ainda não tem a participação formal de nenhuma religião para amparar e acolher os portadores e seus familiares. Os próprios religiosos que atuam na instituição hospitalar, atendendo vítimas da epidemia do HIV ainda não estão e não se sentem preparados para prestar este atendimento especializado.

Como foi mencionado na palestra em Lima:

As igrejas, de fato, são (ou podem ser) agentes fundamentais para o enfrentamento da epidemia, particularmente num continente marcado por uma profunda e diversa religiosidade (institucional, mas também popular). Para tanto será necessário que enfrentem questões fundamentais que estão no âmago da epidemia e das populações atingidas por ela.<sup>120</sup>

---

<sup>120</sup> MUSSKOPF, Andre. Conferência apresentada no Simpósio Internacional Teologia e HIV/AIDS na América

Nota-se a necessidade de caminhar unidos religiosos, profissionais da saúde, pacientes, familiares e demais membros ativos da sociedade. O HIV/AIDS é um problema que rompe barreiras, deve fazer parte do dia a dia de todos sem discriminação.

## REFERÊNCIAS

A EPIDEMIA de AIDS no mundo. Relatório para o Dia Mundial de Luta contra Aids 2011. **UNAIDS: Nações Unidas e a resposta à AIDS no Brasil**. Disponível em <[http://www.unaids.org.br/sobre\\_aids/sobre\\_aids.asp](http://www.unaids.org.br/sobre_aids/sobre_aids.asp)>. Acesso em: 02 fev. 2012.

ABIA – Projeto AIDS e religião. **A Tribuna**, 14.02.1993.

ABIA – Projeto AIDS e religião. **O Dia**, 02.12.1998.

ABIA, AIDS e Igrejas. **Tempo e Presença**, Vol./No. 300, p. 39, 1998.

AIDS e Igrejas: um convite à ação. Uma produção de KOINONIA. Presença Ecumênica e Serviço e do Programa Saúde e Direitos – Projeto Aids e Igrejas.

AS GRANDES epidemias ao longo da história. **Revista Super Interessante**. Disponível em <<http://super.abril.com.br/saude/grandes-epidemias-ao-longo-historia-445155.shtml>>. Acesso em: 05 nov. 2012.

Boletim Epidemiológico 2011 AIDS HIV, 2011.

BASTOS, Francisco Inácio. **AIDS na terceira década**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2006.

BIANCARELLI, Aureliano. Católicos adotam realismo contra a Aids. **Folha de São Paulo**, 19/10/2002. Cotidiano.

Boletim ABIA nº 56 | Novembro de 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa nacional de DST e AIDS. **Critérios de definição de casos de AIDS em adultos e crianças**. 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. **História da AIDS**. Disponível em <<http://www.aids.gov.br/pagina/historia-da-aids>>. Acesso em: 03 fev. 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Resposta Brasileira 2008-2009 – Relatório de Progresso do País**. Metas e Compromissos assumidos pelos Estados-Membros na Sessão Especial da Assembleia Geral das Nações Unidas sobre HIV/Aids. 2010.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. **Recomendações para Terapia Anti-retroviral em Adultos Infectados pelo HIV**. 2008. 7a Ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. **História da AIDS**. Disponível em <<http://www.aids.gov.br/pagina/historia-da-aids>>. Acesso em: 03 fev. 2012.

CAZUZA. **Maldição**. Disponível em: <<http://letras.mus.br/cazuza/85067/#selecoes/85067>>. Vários acessos.

CENTERS For Disease Control And Prevention. Guideline for infection control in health care personnel. **Infect Control Hosp Epidemiol**. 1998; 19(6):445.

CIENTISTAS anunciam descoberta da origem do HIV. **BBC BRASIL**. Disponível em <[http://www.bbc.co.uk/portuguese/ciencia/story/2006/05/060525\\_hivorigemmb.shtml](http://www.bbc.co.uk/portuguese/ciencia/story/2006/05/060525_hivorigemmb.shtml)>. Acesso em: 10 nov. 2012.

CINCO pandemias históricas. **Portal São Francisco**. Disponível em <<http://www.portalsaofrancisco.com.br/alfa/artigos/5-pandemias-historicas.php>>. Acesso em: 05 nov. 2012.

Comunidade Religiosa pede reforma da capela. Disponível em: <<http://www.portalsaoleo.com.br/sao-leopoldo/comunidade-religiosa-pede-reforma-na-capela-do-centenario>>. Vários acessos.

CONFERÊNCIA NACIONAL DOS BISPOS DO BRASIL. Pastoral DST/Aids. **Viu e teve compaixão... Igreja e AIDS**. Fortaleza: [CNBB - Pastoral DST/Aids], 2002. 103 p.

CONFERÊNCIA NACIONAL DOS BISPOS DO BRASIL. Pastoral DST/Aids. **Viu e teve compaixão... Igreja e Aids**. Fortaleza: [CNBB - Pastoral DST/Aids], 2002. 103 p.

CUNHA, Magali do Nascimento. A esperança é a última que morre. **Revista Tempo e Presença**, n. 284.

CUNHA, Magali do Nascimento. O desafio da AIDS/SIDA às igrejas no Brasil: a esperança é a última que morre. **Tempo e Presença**, Vol./No. 284, p. 42-44, 1995.

D'AZEVEDO, Érica Luísa. AIDS: um desafio para a Igreja no Brasil. **Revista Eclesiástica Brasileira**, Vol./No. 239, p. 669-671, 2000.

DIEGUEZ, Flávio. **Peter Duesberg**. REVISTA Superinteressante, out. 2000.

ESTRELLA, Fernanda. **Perfil do paciente com AIDS no município de São Leopoldo 1986-2009**. Anais do Salão de Iniciação Científica EST/2011.

FARIA, Juliana Bernardes. **Religiosidade, enfrentamento e bem-estar subjetivo em pessoas vivendo com HIV/AIDS**. Psicologia em Estudo, Maringá, v. 11, n. 1, p. 155-164, jan./abr. 2006.

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

GARDENAL, Isabel. **AIDS 20 anos depois**. Disponível em: <[http://www.unicamp.br/unicamp/unicamp\\_hoje/ju/outubro2002/unihoje\\_ju196pag05.html](http://www.unicamp.br/unicamp/unicamp_hoje/ju/outubro2002/unihoje_ju196pag05.html)>. Acesso em: 10 nov. 2012.

GATES, Robert. **Segredos em infectologia: respostas necessárias ao dia a dia em rounds, na clínica, em exames orais e escritos**. Porto Alegre: Artes Médicas, 2000.

Godfr K. Sharp practice. Nurs Times 2001; 97(2):22-4.

GREENBERG, Raymond S.; Daniels, Stephen R.; Flanders, W. Dana; Eley, John William; Boring, III, John R. **Epidemiologia Clínica**. 3ª ed. Porto Alegre: Artmed, 2005.

Grupo de religiosos do HC. Disponível em: <<http://www.hospitalcentenario.com.br/projetos>>. Vários acessos.

HIPÓTESE DE DUESBERG. In: Wikipédia: a enciclopédia livre. Disponível em <[http://pt.wikipedia.org/wiki/Hip%C3%B3tese\\_de\\_Duesberg](http://pt.wikipedia.org/wiki/Hip%C3%B3tese_de_Duesberg)>. Acesso em: 01 nov. 2012.

HIV SIDA, qual a verdade? Disponível em <<http://sida.home.sapo.pt/>>. Acesso em: 03 out. 2012.

JORNAL FOLHA DE SÃO PAULO, 16/04/1995.

JUNGUES, José Roque. **Bioética: perspectivas e desafios**. São Leopoldo-RS: Ed. UNISINOS, 1999.

LOPES, Antonio e colaboradores: **Diagnóstico e tratamento**. Vol. 2. Barueri, SP:

Manole, 2006.

LOPES, Antonio. **Clínica Médica: Guias de Medicina Ambulatorial e Hospitalar**. São Paulo, SP: Manole, 2007.

LUTERANOS. Disponível em <<http://www.luteranos.com.br/posicionamentos/aids.htm>>. Acesso em: 03 fev. 2012.

MELLAGI, Andre. **O enfrentamento religioso em pacientes portadores de HIV/AIDS: um estudo psicossocial entre homens católicos e evangélicos**. Dissertação-Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo. São Paulo, 2009.

NEW ANTIRETROVIRAL AIDS DRUGS. Disponível em <<http://www.avert.org/new-aids-drugs.htm>>. Acesso em: 05 nov. 2012.

O QUE é uma pandemia? Disponível em <[http://www.news-medical.net/health/What-is-a-Pandemic-\(Portuguese\).aspx](http://www.news-medical.net/health/What-is-a-Pandemic-(Portuguese).aspx)>. Acesso em: 05 nov. 2012.

ORLOV, Lisandro. **Asumamos el liderazgo: Detengamos el SIDA: mensaje de las Iglesias, Redes y Organizaciones para el Dia mundial del Sida**. Epifania, Bueno Aires, 2007.

OROBATOR, Agbonkhianmeghe E. **Ecclesiology in Crisis. A Contextualized Theological Study of the Church in Africa in the Situation of HIV/AIDS, Refugees and Poverty**. 2004. Dissertação – Universidade de Leeds, Leeds, 2004.

PASTORAL DA DST/AIDS – CNBB. **Vulnerabilidade Social e AIDS: O desafio da prevenção em tempos de pauperização da epidemia**. Porto Alegre, RS, 2005.

PETRY, Leopoldo. **São Leopoldo: Berço da Colonização Alemã do Rio Grande do Sul**. Vol. 2, São Leopoldo: Gráfica Rotermund, 1966.

PORATH, Renatus; QUINTINO, Milton. **Igrejas e AIDS (2)**. Rio de Janeiro: ISER, 1990. 88 p.

PUELLO OROZCO, Yury. **Mulheres, AIDS e religião**. São Paulo: Católicas pelo Direito de Decidir, 2002. 79 p. (Cadernos 10)

SALLA, Jean-Bertrand. Igrejas históricas e moral familiar e sexual: homossexualidade e Aids. **Concilium**, n. 317, p. 95-103, 2006.

SALOMÃO, Reinaldo. **Guias de Medicina Ambulatorial e Hospitalar: Infectologia**. Baureri, SP. Manole, 2006.

SALOMÃO, Reinaldo. **Guias de Medicina Ambulatorial e Hospitalar: Infectologia**. Baureri, SP: Manole, 2006.

Sampaio, Tania. Saúde e Religião: binômio desafiado pela epidemia do HIV/AIDS. **Religião e saúde**. Ano 4, nº 16.

SÃO LEOPOLDO. **Primeiro Código de Posturas de São Leopoldo**. Museu Visconde de São Leopoldo.

SOARES, Amanda. **A AIDS e as Igrejas Evangélicas: entre a fé e a razão**. Projeto de pesquisa apresentado ao Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde como requisito parcial para obtenção do título de Especialista em Comunicação e Saúde. Rio de Janeiro, 2008.

SONTAG, Susan. **AIDS e suas metáforas**. São Paulo: Cia das Letras, 2007. (Edição conjunta com Doença como metáfora).

SPRINZ, Eduardo, et al. **Rotinas em HIV e AIDS**. Porto Alegre: Artes Médicas Sul, 1999.

TERAPIA antiretroviral para o tratamento da infecção pelo HIV. Disponível em <[http://whqlibdoc.who.int/hq/2004/WHO\\_HTM\\_TB\\_2004.329\\_por\\_chap11.pdf](http://whqlibdoc.who.int/hq/2004/WHO_HTM_TB_2004.329_por_chap11.pdf)>. Acesso em: 05 nov. 2012.

The AIDS Infonet. Disponível em <[www.aidsinfonet.org/infored.html](http://www.aidsinfonet.org/infored.html)>. Acesso em: 03 out. 2012.

UJVARI, Stefan Cunha: **A história contada pelos vírus, bactérias, parasitas e outros microrganismos**. 2 ed. São Paulo: Contexto, 2011.

UNIVERSIA Brasil. Origem do Vírus. Disponível em <<http://noticias.universia.com.br/destaque/noticia/2006/06/02/440140/origem-do-virus.html>> Acesso em: 05 nov. 2012.

VERONESI, Ricardo. **Tratado de infectologia**. 2 ed. São Paulo: Editora Atheneu, 2002.

VERONESI, Ricardo: **Tratado de infectologia**. São Paulo: Atheneu, 2002.

VERSOLATO, Mariana. OMS faz guia para enfrentar avanço da Aids entre gays.  
**Folha de S. Paulo.** Disponível em  
<<http://www1.folha.uol.com.br/equilibriosaude/933536-oms-faz-guia-para-enfrentar-avanco-da-aids-entre-gays.shtml>>. Acesso em: 02 fev. 2012.

WILSON, Walter R.; SANDE, Merle A. **Doenças Infecciosas – Diagnóstico e Tratamento.** Porto Alegre: Artmed, 2004.