

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

WALTER HOPPE

A AÇÃO DA IGREJA NO CUIDADO PASTORAL COM PESSOAS COM HIV

São Leopoldo  
2013

WALTER HOPPE

A AÇÃO DA IGREJA NO CUIDADO PASTORAL COM PESSOAS COM HIV

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

Orientadora: Dra. Valburga Schmiedt Streck

São Leopoldo  
2013

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

H791a Hoppe, Walter  
Ação da igreja no cuidado pastoral com pessoas com HIV / Walter Hoppe ; orientadora Valburga Schmiedt Streck. – São Leopoldo : EST/PPG, 2013.  
68 p.

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

1. Obras da Igreja junto as pessoas com AIDS. 2. AIDS (Doença) – Aspectos religiosos – Cristianismo. 3. Acompanhamento pastoral. 4. Visitação de doentes. I. Streck, Valburga Schmiedt. II. Título.

Ficha elaborada pela Biblioteca da EST

WALTER HOPPE

A AÇÃO DA IGREJA NO CUIDADO PASTORAL COM PESSOAS COM HIV

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:

---

Valburga Schmiedt Streck – Doutora em Teologia - EST

---

André Musskopf - Doutor em Teologia - EST

*Agradeço à professora e orientadora Dra.  
Valburga Schmiedt Streck pelo apoio e  
encorajamento para a pesquisa, aos  
demais professores e colegas do Projeto  
Teologia e HIV/AIDS e à Igreja da Suécia  
pela bolsa de estudos que tornou possível  
este projeto.*

## RESUMO

Esta pesquisa teve como objetivo estudar o cuidado na prática pastoral desenvolvida frente às pessoas com o HIV e AIDS e assim enriquecê-la através da leitura de textos que refletem sobre esta prática. Na leitura buscou-se uma abordagem interdisciplinar. O estudo pergunta pela Igreja, considerando que as pessoas com o HIV e AIDS, são parte de seu corpo. Buscando assim, pelo posicionamento das igrejas avaliar a postura que as mesmas deveriam assumir no enfrentamento da epidemia. No confronto com a literatura, numa leitura crítica tenta dar pistas, ser auxílio para o cuidador na sua prática pastoral. Cuidando da vida – cuidar de si, cuidar do outro, ser cuidado por Deus, assim termina este primeiro momento. Na descrição da prática pastoral desenvolvida no Hospital Centenário de São Leopoldo-RS, hospital público, é apresentada a formação de visitadores e a organização do serviço de visitação espiritual no hospital. Por fim este estudo quer destacar os desafios que a doença coloca para as igrejas como comunidades de fé, como cristãos – pessoas individuais e sociedade. Vê a necessidade da Igreja em redescobrir a si mesma, sua teologia, os meios da palavra que lhe foram concedidas, em como acolher, ouvir, perdoar, tocar, permitir a vida, ser fiel ao seu chamado hoje e permitindo a cura da vida.

**Palavras-chave:** Acompanhamento Pastoral, Pessoas com HIV/AIDS, Visitação a Doentes, Cuidado.

## **ABSTRACT**

This study aimed to reflect the care in the pastoral practice developed with the people who live with HIV/Aids and enrich it with texts that reflect on this practice. In this study an interdisciplinary approach was used. The study also reflects about the church, considering that the people, who live with HIV/Aids, are parts its body. In this perspective the question about the person's position as well as the position of the Church in combating the epidemic was raised. By revising the literature, a critical reading has been done, looking for ways to help the caregiver in his/her pastoral practice. Taking care of life, taking care of himself, taking care of another and be cared by God that's how this first moment envy. The description of the pastoral practice developed at the public hospital Hospital Centenário in São Leopoldo, RS, is introduced with the training of visitors and the organization of the spiritual visitation in the hospital. Lastly, this study intent to show the challenges that the illness (sickness) brings to the Church as a faith community, Christians – individual persons and society. There is a need for the Church to reflect about herself, her theology; the ways the Word was conceded, how to care, listen, forgive, touch, and allow life and to be faithful to her call today, allowing the cure of life.

**Keywords:** Pastoral Care, People with HIV-Aids, Visitations to Sick Persons, Care.

## SUMÁRIO

INTRODUÇÃO .....	9
1 ACOMPANHAMENTO PASTORAL A DOENTES.....	13
1.1 A doença e o doente com o HIV e AIDS .....	13
1.2 O segredo e o sofrimento – o pecado e a culpa.....	17
1.3 A Igreja e o HIV e a Epidemia da AIDS.....	19
2 - A TAREFA DO CUIDADOR, O ACOMPANHAMENTO PASTORAL AO DOENTE E SEUS AFETADOS.....	27
2.1 Relato de vivências com pessoas com HIV e AIDS .....	31
2.2 Acompanhamento a pessoas com HIV e AIDS.....	34
2.3 Cuidando de si, do outro e o cuidado de Deus .....	37
3 A PASTORAL ÀS PESSOAS COM HIV NUMA COMUNIDADE CRISTÃ.....	43
3.1 Pastoral hospitalar e a capelania no Hospital Centenário.....	43
3.1 O Hospital Centenário, a realidade da casa e o serviço de visitas.....	44
3.2 Os desafios para a Igreja frente às pessoas com o HIV e seus envolvidos ....	48
3.3 O ser humano tem dignidade .....	52
3.4 Comunidade é lugar de acolhimento.....	53
CONCLUSÃO.....	59
REFERÊNCIAS .....	63
APÊNDICE A.....	69
ANEXO A – Regimento .....	71
ANEXO B – Planilha.....	77
ANEXO C – Programa .....	79
ANEXO D – Palestra .....	81
ASSISTÊNCIA ESPIRITUAL HOSPITALAR .....	81





## INTRODUÇÃO

A presente monografia foi possível e ao mesmo tempo faz parte do Projeto de Estudos Teologia e HIV/AIDS<sup>1</sup> na América Latina desenvolvido com apoio da Igreja Luterana da Suécia, em diferentes casas de formação teológica, incluindo entre elas as Faculdades EST de São Leopoldo, Rio Grande do Sul, no Brasil. O presente estudo quer discorrer sobre o cuidado pastoral de pessoas com HIV e a AIDS. Este estudo tem como objetivo refletir sobre a ação da Igreja no cuidado da prática pastoral desenvolvida pelas igrejas frente às pessoas com o HIV e AIDS e assim, quer enriquecer e ser um auxílio para esta prática através da leitura de artigos, posicionamentos que discutem e refletem este cuidado.

Na leitura buscou-se uma abordagem interdisciplinar, iniciada a partir da pergunta pela doença, discorrendo sobre pessoa com HIV e a pessoa doente que desenvolveu a AIDS, onde aborda a questão do segredo e do sofrimento, do silêncio e da culpa que muitas vezes é vivida pela pessoa com HIV, que desenvolveu a AIDS e também seus familiares. A pergunta da pesquisa tem como finalidade refletir a ação da Igreja de sua postura diante da doença e do doente. Em um segundo passo, discorre-se sobre a tarefa do cuidador e acompanhante pastoral no acompanhamento ao doente, relatando algumas vivências do autor com pessoas com HIV/AIDS do dia-a-dia na prática pastoral. A partir daí falar sobre o cuidado no acompanhamento pastoral, informações e postura diante da pessoa com HIV, a doença e do doente que desenvolveu a AIDS. Terminando este segundo capítulo o autor se volta ao cuidador e ao acompanhante pastoral perguntando pelo cuidado de si mesmo, do outro e de Deus.

Num terceiro capítulo busca-se descrever a ação da Igreja na prática pastoral hospitalar e toma-se como exemplo a capelania desenvolvida no Hospital Centenário de São Leopoldo, Rio Grande do Sul. Trazendo inicialmente algumas informações sobre a história daquele hospital e a realidade existente nele, no que se refere ao acompanhamento pastoral aos doentes e à capelania, passando a relatar

---

<sup>1</sup> HIV - sigla originada do inglês: *Human Immunodeficiency Virus* (Vírus da Imunodeficiência Humana). Vírus causador da AIDS (*Acquired Immune Deficiency Syndrome*, que em português quer dizer Síndrome da Imunodeficiência Adquirida). MINISTÉRIO DA SAÚDE – Departamento de DSTs, AIDS e Hepatites Virais. *História da AIDS*. Disponível em: <<http://www.aids.gov.br/pagina/historia-da-aids>>. Acesso em: 01 jul. 2013.

sobre a organização e formação que ocorre com o serviço de visitação espiritual aos doentes atualmente. Para finalizar este terceiro capítulo reflete-se sobre os desafios que as pessoas com HIV/AIDS e as pessoas envolvidas colocam para a Igreja. Parte-se, num primeiro momento, da afirmação de que o ser humano tem dignidade, responsabilidade e capacidade para a solidariedade e comunhão, passando então a descrever a comunidade como lugar de acolhida e ajuda, cuidado e esperança; onde também são colocadas algumas pistas da prática da Igreja para com as pessoas com o HIV e AIDS.

A pergunta motivadora para o presente estudo é acerca da ação da Igreja frente ao HIV e AIDS: Por que a Igreja, as comunidades, o cristão em geral tem dificuldade de ir ao encontro do outro, principalmente se há doença, de colocar-se ao seu lado, de acolhê-lo e cuidar dele, ela que é sabedora que seu senhor não veio para buscar os que têm saúde, mas sim os doentes?

Jesus ouviu a pergunta e respondeu: Os que têm saúde não precisam de médico, mas sim os doentes. Vão e procurem entender o que quer dizer este trecho das Escrituras Sagradas: “Eu quero que as pessoas sejam bondosas e não que me ofereçam sacrifícios de animais.” Porque eu vim para chamar os pecadores e não os bons. ( Mt 9.12-13).

O presente estudo pergunta também pela ação, lugar e missão da Igreja, considerando que as pessoas com o HIV e AIDS são parte da mesma. Ele pergunta pelo posicionamento das igrejas e assim, acerca da postura que as mesmas deveriam assumir no enfrentamento da epidemia e no cuidado com as pessoas. Numa leitura comparativa e crítica da literatura, o presente estudo tenta dar pistas e assim ser auxílio para o cuidador na sua prática pastoral, bem como auxiliar a comunidade no enfrentamento da doença.

Por fim, este estudo quer destacar os desafios que a doença coloca para as igrejas como comunidades de fé, como cristãos – pessoas individuais e sociedade. Vê também a necessidade da Igreja, redescobrir a si mesma, sua teologia, os meios da palavra e da graça a ela concedidas na tarefa de acolher, ouvir, perdoar, tocar, permitindo vida, sendo portadora de esperança. Tornando-se assim, fiel ao seu chamado também hoje: “porque Deus amou o mundo tanto, que deu o seu Filho único, para que todo que nele crer não morra, mas tenha a vida eterna” (Jo 3.16).

Então Jesus chegou, ficou no meio deles e disse: - Que a paz esteja com vocês! Em seguida lhes mostrou as suas mãos e o seu lado (**os estigmas**). E eles ficaram muito alegres ao verem o Senhor. Então Jesus disse de novo: - Que a paz esteja com vocês! Assim como o Pai me enviou, eu também envio vocês. Depois soprou sobre eles e disse: - Recebam o Espírito Santo. Se vocês perdoarem os pecados de alguém, esses pecados são perdoados; mas, se não perdoarem, eles não são perdoados. (Jo 20.19b-23)



## 1 ACOMPANHAMENTO PASTORAL A DOENTES

*Toda doença coloca a pessoa para fora de seu ritmo de vida normal.  
Toda doença lembra a fragilidade e as limitações da vida humana.<sup>2</sup>*

Os primeiros casos de HIV e AIDS foram diagnosticados a partir dos anos 1980 do século passado. É, portanto, uma doença recente e como tal tem demandado muitas investigações e pesquisas, principalmente na área médica, ocupando-se com o ser humano de forma integral. A doença é fruto de uma infecção com retro vírus, o HIV - vírus da imunodeficiência humana. Este vírus é transmitido pela inoculação de sangue, sêmen, fluídos vaginais e leite materno infectados na corrente sanguínea. As vias de transmissão incluem o relacionamento sexual desprotegido, inoculação de sangue e passagem através da placenta e amamentação.<sup>3</sup>

Como doença, a Aids é invisível e como um segredo só é revelada após um período muito longo de infecção assintomática, as pessoas demoram em média de sete a dez anos para desenvolverem alguma manifestação clínica. Nesse período, ainda que os infectados pelo HIV não apresentem nenhum comprometimento físico, são potencialmente transmissores dele.<sup>4</sup>

### 1.1 A doença e o doente com o HIV e AIDS

A infecção com HIV é uma doença progressiva, geralmente dividida em três fases: assintomática, complexo sintomático relacionado à AIDS e AIDS manifesta. A última fase é diagnosticada com a presença de infecções oportunistas ou derivadas do enfraquecimento imunológico, tais como câncer ou manifestações neurológicas. As manifestações neurológicas se dão pela infecção direta do cérebro, pelos vírus;

---

<sup>2</sup> WINKLER, Eberhard. Seelsorge na Kranke, Sterbenden und Trauernden. In: BECKER, Ingeborg. *Handbuch der Seelsorge*. Berlin: Evangelische Verlagsanstalt, 1983. p. 405-421, à p. 406. (tradução do autor). "Die Krankheit wirft den Patienten aus dem gewohnten Lebensrhythmus.[...] Sie erinnert an die Verletzbarkeit und Begrenztheit unseres Lebens."

<sup>3</sup> FLAHERTY, Joseph et al. *Psiquiatria: diagnóstico e tratamento*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1990. p. 309.

<sup>4</sup> CONFERÊNCIA NACIONAL DOS BISPOS DO BRASIL. Pastoral DST/Aids. *Viu e teve compaixão... Igreja e Aids*. Fortaleza: [CNBB - Pastoral DST/Aids], 2002. p. 14.

infecções oportunistas do sistema nervoso central, alterações sistêmicas causadas pela doença e que afetam o cérebro e reações psicológicas à própria doença.<sup>5</sup>

Os pacientes com teste positivo de HIV, mesmo que não mostrem sintomas experimentam uma grande angústia emocional, medo, culpa e raiva. O diagnóstico é enfrentado pelo doente com um choque severo ou negação. Dependendo da personalidade do doente, há a tentativa de restabelecer o equilíbrio com uma demonstração de luta contra a doença ou de ser “um sobrevivente”, ou a negação encolerizada acerca do diagnóstico e suas implicações.

No início da terapia somática há uma resposta positiva, que geralmente leva a um período de “Lua de Mel”, com aumento no otimismo e vigor. A recaída ou a emergência de sintomas crônicos podem interromper este período e levar a um estado depressivo crônico ou à cólera. Às vezes o doente direciona esta “sua raiva, agressão, hostilidade” àqueles que estão com ele ou que querem ajudá-lo em sua condição. O doente nesta condição de crise precisa ser aceito e tratado de modo empático e acolhedor.<sup>6</sup>

A maioria dos pacientes com HIV demonstram, segundo Amanda Baker e Julie Dixon, um alto nível de conhecimento sobre o HIV e suas rotas de transmissão.<sup>7</sup> É necessário considerar as questões familiares e sociais daquelas pessoas que convivem com HIV e as pessoas que desenvolveram a AIDS. A culpa é um sentimento bastante presente neste momento. Os familiares culpam e podem se culpar pela situação do doente. O doente da mesma forma se culpa pela infecção e pelo risco de poder transmiti-la a outros e aos seus entes.

O paciente com AIDS sente-se muito inseguro, o que gera nele muitas perguntas acerca de sua existência. Quem eu sou? Devo me afastar de todos? Devo contar para as outras pessoas? Alguém ainda me ama? Existe a necessidade de trabalhar com a família e com o infectado nas suas dúvidas, pois todo o acompanhamento, tratamento e suas relações podem ser prejudicados por estes

---

<sup>5</sup> FLAHERTY, 1990, p. 310. O QUE É AIDS. *Revista Ultimato*. Viçosa, ano 34, n. 300, mai.-jun., 2006. p. 50.

<sup>6</sup> FLAHERTY, 1990, p. 313-316. MILLER, William R., ROLLNICK, Stephen. *Entrevista Motivacional*. Porto Alegre: Artes Médicas, 2001. p. 253.

<sup>7</sup> MILLER, 2001, p. 255.

sentimentos e tensões.<sup>8</sup> A família diante da situação que se impõe corre o risco de desmoronar.<sup>9</sup> Faz-se necessário criar ambiente acolhedor para a família do infectado para que estes possam falar de suas angústias, medos e perguntas acerca do desenvolvimento da doença.

No início da epidemia a doença foi tratada como doença de homossexuais, mas desde cedo alcançou outros grupos como hemofílicos, transexuais, heterossexuais, profissionais do sexo, pessoas que usam drogas injetáveis, chegando a todas as pessoas: homens, mulheres e crianças. A doença se manifesta em todas as camadas da sociedade e alcançou os níveis de uma pandemia. A infecção não faz diferença:

E como aquela que ocupou o lugar estigmatizante na sociedade, veio o preconceito. Além da mortalidade rápida, a forma de infecção principal – o sexo -, todos os tabus da sociedade foram colocados à prova. Primeiro por se caracterizar como doença dos homossexuais, depois das profissionais do sexo. Somente mais tarde o vírus ganhou a população em geral, e hoje não temos mais como caracterizar uma população de risco pleno, ou seja, de risco.<sup>10</sup>

Atualmente, apesar da pesquisa, dos avanços científicos e do conhecimento sobre a doença, ainda não existe cura para a pessoa com HIV e a pessoa que desenvolveu a AIDS. Sem tratamento a infecção leva à morte. O avanço da doença, no entanto, pode ser retardado através de medicamentos anti retro-virais combinados – os chamados coquetéis. A pessoa que já desenvolveu a AIDS, com o tratamento através destes coquetéis, pode voltar ao estágio inicial e conviver com HIV, mas necessita deste acompanhamento medicamentoso sempre.<sup>11</sup>

---

<sup>8</sup> FLAHERTY, 1990, p. 314. LOUW, Daniël. *Cura vitae: illness and the healing of life in pastoral care and counseling: a guide for caregivers*. Wellington, South Africa: Lux Verbi. 2008. p. 445.

<sup>9</sup> IMBER-BLACK, Evan. *Os segredos na família e na terapia familiar*. 2 ed. Porto Alegre: Artmed, 2002. p. 150.

<sup>10</sup> KAHHALE, Edna Peters. *HIV/AIDS: enfrentando o sofrimento psíquico*. São Paulo, SP: Cortez, 2010. p. 28. Assim também encontramos em OLIVEIRA, Marcos Aurélio de. *AIDS – Prevenção e solidariedade*. Disponível em: <<http://www.luteranos.com.br/conteudo.php?idConteudo=13638>>. Acesso em: 10 jul. 2013: “Não importa se homem, mulher, criança, jovem, idoso, homossexual, heterossexual, branco, negro, amarelo, cada ser humano, vivendo aqui tem, teve ou terá sua vida atravessada por questões relacionadas à aids, pois ela não discrimina, não exclui ninguém. No entanto, a sociedade, como um todo, é causadora de mortais males sociais, como o preconceito e a discriminação.”

<sup>11</sup> EVANGELISCHEN KIRCHE IN DEUTSCHLAND (EKD). *Für ein Leben in Würde*. Die globale Bedrohung durch HIV/Aids und die Handlungsmöglichkeiten der Kirche. Eine Studie der Kammer



No Brasil, a AIDS foi pela primeira vez diagnosticada em 1982 e a sociedade civil vem se mobilizando a partir da segunda metade dos anos 80 na luta em todo país contra a epidemia da AIDS. Em 1986 o Ministério da saúde criou a Coordenação Nacional de DST e AIDS, com o objetivo de centralizar as novas políticas públicas de saúde. A partir dos anos 1989 a discussão sobre redução de danos para usuários de drogas injetáveis ganhou força na saúde pública. Nos anos 1990 a sociedade se empoderou das leis que regulamentam o Sistema Único de Saúde para lutar pelo direito de tratamento e assistência às pessoas com HIV e AIDS, para disponibilizar o acesso universal aos anti retro-virais, ao afirmar:

Neste sentido, o Estado tem a responsabilidade constitucional não apenas de promover acesso, mas, principalmente, garantir sua continuidade; seja por meio de acordos bilaterais ou em blocos, seja pela capacitação do parque farmacêutico nacional ou no Brasil. Ou ainda por meio da licença compulsória, preferencialmente nessa ordem.<sup>12</sup>

Conforme a estatística citada no Manual da Campanha da Fraternidade 2012: Os números da AIDS no Brasil (doença já manifesta), atualizados até junho de 2010, contabilizam 592.914 casos registrados desde 1980. A expansão da epidemia no país continua estável. A taxa de incidência oscila em torno de 20 casos de AIDS por 100 mil habitantes. Em 2009, foram notificados 38.538 novos casos da doença, sendo que, em 87,5% deste montante, a transmissão ocorreu por via heterossexual.<sup>13</sup>

Através da criação do Sistema Único de Saúde (SUS), o cuidado com a saúde passou a ser obrigação do Estado, ela é um dos direitos sociais básicos, sem a garantia destes direitos a pessoa é prejudicada em sua dignidade:

O SUS é um sistema completo e complexo, não se resumindo em atendimento ambulatorial, consultas e ou internações. Atende o SUS a

---

der EKD für nachhaltige Entwicklung. Texte 91. Hannover: EKD, 2007. p. 10. Ou ainda: KAHHALE, 2010, p. 28.

<sup>12</sup> GIACOMINI, Paulo. A gente quer remédio, direito ao pão de cada dia e um pouco de circo de vez em quando. In: ABBADE, Áurea Celeste da Silva (Coord.). *Direitos humanos e HIV/AIDS: abrindo as portas para o SUS*. São Paulo: GAP-ABR/SP, 2008. p. 16.

<sup>13</sup> CONFERÊNCIA NACIONAL DOS BISPOS DO BRASIL. *Campanha da Fraternidade 2012: Manual*. Brasília: Edições CNBB, 2011. p. 40.

várias doenças e procedimentos complexos como Câncer, AIDS, Transplantes, Diabetes.<sup>14</sup>

## 1.2 O segredo e o sofrimento – o pecado e a culpa

A pessoa que convive com HIV e a que desenvolveu a AIDS além dos seus familiares, muitas vezes, vivem em segredo e em sofrimento silencioso sobre a doença por causa do preconceito. Infelizmente vivemos numa sociedade que “segrega e oprime”, que estigmatiza:

São muitas as pessoas sem perspectiva de vida, empurradas para as periferias, discriminadas pelo estigma de determinado vírus, ansiando por cura, pão, amor e compaixão. O desequilíbrio social, a concentração de bens são sinais de práticas excludentes impiedosas em nossa sociedade.<sup>15</sup>

Este segredo e sofrimento são resultantes do preconceito e da discriminação que sofrem por causa da doença, e que segundo a campanha nacional 2002-2003 (HIV/AIDS)<sup>16</sup> para o enfrentamento da epidemia, expõem as pessoas a maiores riscos de infecção. Riscos que ainda, conforme as campanhas, podem e devem ser evitados. É necessário, através do cuidado no acompanhamento pastoral, ouvir e poder acolher estas pessoas com seu segredo e sofrimento. “Segredos criam um rompimento nos vínculos pessoais. Eles prejudicam a intimidade, confundem e distorcem, criam dificuldades e tensões desnecessárias”.<sup>17</sup>

É necessário manter o sigilo deste segredo, porém desafiar a compartilhar a doença em ambiente acolhedor, com escuta aberta e sem preconceito. Compartilhá-la à medida que não traga mais sofrimento. A pessoa que convive com HIV e AIDS vive o medo, a ansiedade, medo da morte e da desfiguração. A ansiedade está ligada ao medo da infecção, da incerteza, da estigmatização, do ser abandonado,

---

<sup>14</sup> ABBADE, Áurea Celeste da Silva e BAIÃO, Fátima. Construindo a cidadania para abrir as portas do SUS. In: ABBADE, Áurea Celeste da Silva (Coord.). *Direitos humanos e HIV/AIDS: abrindo as portas para o SUS*. São Paulo: GAPA-BR/SP, 2008. p. 59.

<sup>15</sup> KIRCHHEIM, Huberto. *Novo jeito de ser Igreja: textos selecionados do Pastor Presidente da Igreja Evangélica de Confissão Luterana no Brasil, de 1994 a 2002*. São Leopoldo: Sinodal, 2002. p. 91.

<sup>16</sup> MINISTÉRIO DA SAÚDE. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. *Política Brasileira de Enfrentamento da Aids – 2012*. Disponível em: <[http://www.aids.gov.br/sites/default/files/anexos/publicacao/2013/53077/em\\_portugu\\_s\\_93155.pdf](http://www.aids.gov.br/sites/default/files/anexos/publicacao/2013/53077/em_portugu_s_93155.pdf)>. Acesso em: 9 jul. 2013.

<sup>17</sup> IMBER-BLACK, 2002, p. 147 .

medo da sexualidade e da morte. O que a torna mais vulnerável. “E o medo de contrair qualquer doença, de contaminar outros, de perder o trabalho, o lar. Maior do que o medo da morte é o temor de sofrer muito”.<sup>18</sup>

Toda doença convida para olhar além da doença. Convida a olhar para o meio, para a sociedade em que está inserida, pois também ela precisa de cura.<sup>19</sup> Porque a doença também pode ser resultante da sociedade e do meio, que não acolhe, mas julga e condena quem não se dispõe a viver com suas limitações e fraquezas.<sup>20</sup> A palavra de Jesus no evangelho onde fala sobre enxergar a trave nos olhos, de julgar o outro (Mt 7.1-5) é possibilidade de cura para a igreja e a sociedade, pois convida a Igreja e a sociedade a não julgar, mas exercitar e viver a misericórdia:

Para seguir a Jesus é preciso repetir a sua prática de misericórdia. E isso não só de maneira individual, mas também na comunidade. A ação pessoal, individual e isolada é válida. Mas a Igreja só será a comunidade dos seguidores de Jesus, se for comunidade de misericórdiosos, a comunidade daqueles que desfrutam do amor entranhável de Deus e são testemunhas desse amor no seu agir. Ela também deve ser movida a(pela) misericórdia.<sup>21</sup>

O evangelho chama ao acolhimento, ele exige ir ao encontro e caminhar com o outro, com o doente, com o que sofre e com o que está à beira da morte, com a pessoa que desenvolveu a AIDS também. O evangelho convida à compaixão, ao cuidado do outro e consigo mesmo. Lembrando o que disse Madre Teresa de Calcutá: “as piores doenças não são a lepra e tuberculose *ou a AIDS*, mas o sentimento de não ser visto por ninguém, estar abandonado”.<sup>22</sup>

O segredo e o sofrimento chamam ao exercício da compaixão do cuidador no acompanhamento pastoral, chamam a dispor-se a estar com o doente, dando-lhe suporte nas suas angústias, dúvidas e medos. Afinal: “Não somos todos nós, de certa maneira carentes da graça de Deus ou, como disse Lutero, mendigos da sua

---

<sup>18</sup> SCHNEIDER-HARPPRECHT, Christoph. *Como acompanhar Doentes*. São Leopoldo: Sinodal, 1994. p. 81. LOUW, 2008, p. 445.

<sup>19</sup> WINKLER, 1983, p. 406.

<sup>20</sup> SONTAG, Susan. *AIDS e suas metáforas*. São Paulo: Cia de Letras, 2007. p. 137-138. FRIEDEL, Erich. *Handlanger auf Gottes Bauplatz*. Berlin: Evangelische Verlagsanstalt GmbH. 1965. p. 292.

<sup>21</sup> CONFERÊNCIA NACIONAL DOS BISPOS DO BRASIL. *Eras Tu, Senhor?! –manual*. São Paulo: Editora Salesiana Dom Bosco, 1994. p. 97.

<sup>22</sup> Madre Teresa de Calcutá *apud* KIRCHHEIM, 2002, p. 92.

graça? Todos e todas encontram acolhida em Jesus. Ele nos acolhe, aceita e cura”.<sup>23</sup>

O exercício da compaixão convida a criar espaços de acolhida para poder compartilhar – locais de cura da vida, espaços que acolhem e vivem compaixão, convidando a comunidade a ser comunidade terapêutica.<sup>24</sup> O segredo e o sofrimento à medida que são frutos de preconceito e discriminação devem ser denunciados, pois mostram uma sociedade que é injusta que está doente e necessitada de cura.<sup>25</sup>

A pessoa com o HIV e a que desenvolveu a AIDS pode viver o segredo e o sofrimento por causa de um profundo sentimento de culpa pela sua vida pregressa e sua falta de cuidado. Culpa por causa de suas limitações advindas da doença. É tarefa do cuidador e do acompanhamento pastoral, comunicar o perdão da culpa e do pecado a partir da reconciliação e vida nos alcançada por Cristo, libertando o doente para poder lutar de forma livre contra a doença. Permitindo que o doente procure paz consigo mesmo. *Ir em direção do outro* sem preconceito, aceitando-o com sua doença. A comunidade cristã é um lugar de esperança.<sup>26</sup>

A comunidade cristã é comunhão dos pecadores agraciados. É por isso também uma comunidade terapêutica. Somos chamados a nos ajudar mutuamente. Um exemplo de tal ajuda temos nos quatro homens que não se renderam diante das dificuldades até verem posto o paraplégico aos pés de Jesus (Marcos 2.1 s). Culpa, se de fato existe, não é motivo para negar aos aidéticos [sic.] a ajuda e a proximidade humana.<sup>27</sup>

### 1.3 A Igreja e o HIV e a Epidemia da AIDS

As igrejas no início da epidemia mantiveram-se à distância, como se fosse um problema dos outros.<sup>28</sup> Para muitos a doença era vista “como castigo um Deus tirano e cruel pela sodomia cometida por devassos e que não mereciam ser tratados

<sup>23</sup> KIRCHHEIM, 2002, p. 92.

<sup>24</sup> LOUW, 2008, p. 443-446.

<sup>25</sup> MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012.

<sup>26</sup> CLINEBELL, Howard J. *Aconselhamento Pastoral*. São Leopoldo e São Paulo: Editora Sinodal e Edições Paulinas, 1987. p. 222-224. GENEST, Hartmut. Seelsorge angesichts von Schuld und schuldgefühl. In: *Handbuch de Seelsorge*. 1. Auflage. Berlin: Evangelische Verlagsanstalt GmbH. 1983. p. 479-508, à p. 493. FRIEDEL, 1965, p. 298.

<sup>27</sup> BRAKEMEIER, Gottfried. *Por Paz e Justiça*. Manifestos da Presidência da Igreja Evangélica de Confissão Luterana no Brasil 1986-1994. São Leopoldo: Gottfried Brakemeier, 1997. p. 26.

<sup>28</sup> EVANGELISCHEN KIRCHE IN DEUTSCHLAND, 2007, p. 29.

– estavam em pauta questões da homossexualidade, do desejo, do sexo pelo prazer, dessa forma, todos eram culpados”.<sup>29</sup> Culpados por causa de sua vida pregressa vivida supostamente de forma irresponsável, ‘distanciada da vontade de Deus’, como a homossexualidade, a liberdade sexual, promiscuidade e uso de drogas:

E as igrejas? O que as igrejas, em especial aquelas que confessam Jesus Cristo como o seu fundamento, tem feito em relação ao assunto? Um grande silêncio! É pois, necessário a falar sobre o assunto. Parar de fazer de conta que a igreja é uma ilha isolada das questões que atingem a humanidade. Certamente, dentro da própria igreja há pessoas que convivem com HIV/AIDS e que estão sozinhos e emudecidos, porque não temos a coragem evangélica de viver como Jesus viveu.<sup>30</sup>

Desde os primeiros casos, no entanto, há também a preocupação com o lugar e o discurso da Igreja e dos Cristãos. Afinal a Igreja nunca deveria ser Igreja para si mesma, nem tão pouco ser Igreja para aqueles que estão com saúde. Ela sempre é Igreja para os outros:

Para continuar sendo igreja precisa cada dia tornar-se uma comunidade-para-os-outros. Um lugar de refúgio e proteção, ou seja, um espaço seguro, verdadeiramente um espaço de salvação. Neste sentido, enquanto comunidade aberta para os outros, deve procurar sempre favorecer um ambiente de abertura e aceitação plena de todos, especialmente os mais fragilizados e marginalizados por qualquer razão no entorno social que se encontre.<sup>31</sup>

A palavra do Senhor da Igreja no encontro com o publicano, diante do julgamento dos fariseus continua desinstalando, chamando-a à conversão, quando diz: “os que têm saúde não precisam de médico, mas sim os doentes... Porque eu vim para chamar os pecadores e não os bons” (Mt 9.12-13).

---

<sup>29</sup> CONFERÊNCIA NACIONAL DOS BISPOS DO BRASIL, 2002, p. 11.

<sup>30</sup> NOÉ, Sidnei Vilmar. HIV/AIDS: Transformando a comunidade em espaço de solidariedade. In: DEPARTAMENTO DE DIACONIA. Igreja Evangélica de Confissão Luterana no Brasil. *Deus em tua graça transforma o mundo*. 9º Dia Nacional da Diaconia. Porto Alegre: IECLB, 10 abr. 2005.

<sup>31</sup> CONFERÊNCIA NACIONAL DOS BISPOS DO BRASIL, 2002, p. 37. Vede também: CONSELHO MUNDIAL DE IGREJAS. *Manual de aconselhamento pastoral para HIV-AIDS/SIDA*. Curitiba: CMI, 1993, onde diz: “Em geral, as igrejas não tem percebido que também possuem uma contribuição significativa a fazer nesta área. As pessoas que vivem e morrem com AIDS/SIDA têm necessidades emocionais e espirituais, além de físicas. Fazem perguntas sobre Deus e a alma, a vida e a morte, a condenação e o perdão, a eternidade e a transcendência, o perdão e a salvação. Já estão procurando aconselhamento pastoral, consolo e aceitação. Em alguns lugares, os pastores e as igrejas são os recursos mais próximos – ou quem sabe os únicos – que existem em épocas de crise e necessidade”. (p. 3s.).

A posição da Igreja e dos cristãos no enfrentamento da epidemia da AIDS, apesar de alguns poucos documentos<sup>32</sup> que falam a partir da doença e do doente, continua sendo postura semelhante à descrita por Albert Camus em seu livro *A Peste*, na figura do Padre Paneloux o qual em seu primeiro sermão fala dos outros, do pecado dos outros como sendo a causa do mal, o motivo para a peste:

Se hoje a peste vos olha, é porque chegou o momento de refletir. Os justos não podem temê-la, mas os maus têm razão para tremer. Na imensa granja do universo, o flagelo implacável baterá o trigo humano até que o joio se separe do grão. Haverá mais joio que grão, mais chamados que eleitos e esta desgraça não foi desejada por Deus. Por longo tempo este mundo compactuou com o mal, repousou na misericórdia divina.<sup>33</sup>

É necessário como cristãos e Igreja chegar ao segundo sermão de Paneloux, onde o padre fala de nossa culpa e passa a falar de nossa doença, de nossa necessidade de cura, como Igreja e cristãos: “Coisa mais curiosa ainda, (*Paneloux*) dizia agora “nós”, em vez de empregar a segunda pessoa do plural”.<sup>34</sup>

A epidemia da AIDS tem sido convite para a Igreja redescobrir o seu lugar e sua missão. Ela há de se perguntar se está a serviço de seu Senhor, seguindo a Jesus, tornando-se mais e mais semelhante a ele. Ele que não exclui e nem dá por perdido, mas por causa daquela que falta no caso o que está doente. “Assim expressa à parábola da ovelha perdida, Lc 14.4-7 – deixa os que já lhes pertencem, afasta-se, procura, chama e não sossega até que o perdido esteja achado. Não esperou o seu retorno. Ele mesmo procurou”.<sup>35</sup>

Para a Igreja a epidemia é convite de colocar-se a caminho dos que estão à margem, acolhendo-os, permitindo-lhes um espaço de vida. Ela também, na solidariedade com as pessoas com o HIV e as que desenvolveram a AIDS, pelo amor de Cristo está “desafiada a denunciar a injustiça que impede a felicidade

---

<sup>32</sup> Os documentos das Igrejas Luteranas na América Latina foram coletados por Lisandro Orlov. KRÜGER, René e ORLOV, Lisandro (Edit.). *Para que puedan vivir: La comunión luterana escucha e responde em el vih y sida*. Buenos Aires: El autor, 2006.

<sup>33</sup> CAMUS, Albert. *A Peste*. 3. ed. Rio de Janeiro: Editora Record, 1993. p. 69-71.

<sup>34</sup> CAMUS, 1993, p. 154s.

<sup>35</sup> SEITZ, Manfred. *Prática da Fé*. São Leopoldo: Editora Sinodal, 1990. p. 76.

humana e a anunciar a graça de Deus que por meio de nós, (Igreja), transforma o mundo”.<sup>36</sup>

A epidemia da AIDS coloca à mostra a doença e a fragilidade da própria Igreja, que tem dificuldade de acolher, de sair de si e comprometer-se com o outro, o doente. A Igreja muito mais julga e condena. Ao julgar e condenar a Igreja nega o seu chamado, que é de anunciar o evangelho, orientando e comunicando perdão, acolhendo o outro e assim permitindo a cura da vida. Discriminação é pecado, ela nega a dignidade humana. Conforme Sven-Erik Brodd: “A própria pandemia suscita perguntas sobre a natureza e a missão da igreja e “está nos forçando a novamente esclarecer a visão de nossa Igreja”.<sup>37</sup>

É necessária, no enfrentamento da epidemia, a cura da própria Igreja. Pois a Igreja é uma comunhão, na qual pessoas com saúde e doentes, pessoas afetadas diretamente e indiretamente pelo HIV e AIDS, que mesmo não estando doentes, como membros do corpo de Cristo apoiam e aceitam com os mesmos direitos e dignidade o doente e lhes são solidários. A Igreja é fruto do amor de Deus para com este mundo, ela é chamada a viver neste amor, ela o recebeu como mandamento e deve estendê-lo a todos.<sup>38</sup> “A crise da Aids nos desafia no mais profundo de nós mesmos a ser real e verdadeiramente Igreja: ser Igreja como comunidade terapêutica”.<sup>39</sup>

A Igreja não é somente chamada à solidariedade com o que sofre, mas até sofrer com eles. Ela,

a Igreja dá a sua contribuição prestando assistência às pessoas atingidas pela pandemia, que a igreja é afetada pela pandemia de HIV/AIDS, ou que a igreja está afetada pela pandemia de HIV/AIDS, ou mesmo a igreja está infectada pela AIDS.<sup>40</sup>

---

<sup>36</sup> KRÜGER e ORLOV, 2006, p. 94. Vide também ORLOV, Lisandro. *Acceso universal y derechos humanos: mensagem de la Pastoral Ecueménica VIH y sida para el día mundial del sida 2009*. Buenos Aires: Epifanía, 2010. p. 7.

<sup>37</sup> BRODD, Sven-Erick. Elementos eclesiológicos para entender “igreja”na pandemia de HIV/AIDS. *Estudos Teológicos*. São Leopoldo, v. 50, n. 1, p. 82-101, 2010. p. 84.

<sup>38</sup> EVANGELISCHEN KIRCHE IN DEUTSCHLAND, 2007, p. 6.

<sup>39</sup> Conselho Mundial de Igrejas *apud* CONFERÊNCIA NACIONAL DOS BISPOS DO BRASIL, 2002, p. 47.

<sup>40</sup> BRODD, 2010, p. 86.

Se um membro da Igreja sofre, todos os membros sofrem (1 Co 12.26). Assim como Jesus se voltou para aqueles que a sociedade e a religião excluía como os leprosos, os doentes mentais, as mulheres, as crianças, os endemoninhados, os publicanos e pecadores. Da mesma forma os cristãos, a Igreja hoje é chamada a se voltar as pessoas com HIV e as pessoas que desenvolveram a AIDS (Mt 11.5).

Por causa de sua autoridade moral e transmissora de valores, a Igreja tem a responsabilidade e a chance de libertar a doença do estigma do pecado e assim proclamar a libertação de culpa aos doentes: “perdoar pecados significa eliminar o estigma imposto por um sistema cultural, no qual a deficiência (estar com HIV/AIDS) está associada ao pecado”.<sup>41</sup> Como Jesus que refutou a pergunta pela culpa do doente ou de algum de seus antepassados. E os seus discípulos perguntaram: “Mestre, quem pecou, este ou seus pais, para que nascesse cego? Respondeu-lhe Jesus: Nem ele pecou, nem seus pais; mas foi para que se manifestem nele as obras de Deus” (Jo 9.2-3).

Ninguém escolheu a AIDS como doença ou a mereceu.<sup>42</sup> A cura da Igreja acontece na aproximação dela ao seu Senhor, na vivência daquilo que ele nos trouxe: vida digna, que não é para alguns, mas para todos também para o doente. Ela, a Igreja:

É chamada a ajudar aos que sofrem, é desafiada a ajudar as pessoas a lidar com a possibilidade ou realidade da infecção por HIV, apoiá-las e aos que estão perto, na medida que a doença progride, integrá-las numa comunidade maior, protestar contra políticas e práticas discriminatórias, celebrar a vida e a morte das pessoas com HIV/AIDS/SIDA, lidar com questões morais e éticas, e fornecer apoio espiritual e consolo aos que continuam vivendo depois da morte de um ente querido.<sup>43</sup>

A viver e celebrar a vida que se dá no encontro, na construção de relações significativas – na construção de espaços terapêuticos, comunidades vivas, que

---

<sup>41</sup> CONSELHO MUNDIAL DE IGREJAS. Rede Ecumênica em Defesa das Pessoas com Deficiência. *Uma Igreja de todos e para todos: uma declaração teológica provisória*. São Paulo: ASTE, 2005. p. 18.

<sup>42</sup> FÜLLKRUG-WEITZEL, Cornelia. *Was ist Kirche im Angesicht von AIDS?* Tübingen: Deutsches Institut für Ärztliche Mission, Difäm zum Thema, 2003. p. 1

<sup>43</sup> CONSELHO MUNDIAL DE IGREJAS, 1993, p. 4.



devolvem a dignidade ao doente. “Como dizem as sagradas Escrituras: Rios de água viva vão jorrar do coração de quem crê em mim.” (Jo 7.38)

Cura também acontece à medida que a pessoa doente sente-se aceita com sua doença na comunidade, à medida que não permanece à margem, mas tem espaço para compartilhar sua experiência e é compreendida na sua condição. Necessitada sim, necessitada como as outras pessoas, necessitada de perdão, de alento e de vida. Acolher é dar espaço para a cura: “Todos e todas encontram acolhida em Jesus. Ele nos acolhe, aceita e com isso nos cura”.<sup>44</sup> Segundo o manual *Ouvindo com amor* do Conselho Mundial de Igrejas: “A Igreja pela sua natureza como corpo de Cristo chama seus membros a serem comunidades de cura. Apesar dos problemas e complexidades que o VIH traz, a Igreja pode fazer uma cura efectiva e testemunhar aqueles que estão afectados”.<sup>45</sup> Cuidar também é curar.

A cura da doença carece da cura da sociedade, que apesar de limitada se entende e vive como se não tivesse limites. Os tabus da sociedade e as injustiças nela presentes somente fomentam a disseminação maior do vírus. A doença coloca a necessidade do enfrentamento, de perguntar sobre a orientação sexual, direitos de decisão do homem e da mulher, dependência de drogas, pobreza, exploração e violência sexual. Como aceitar pessoas que são limitadas?<sup>46</sup> A cura da doença tem a ver com a cura da vida, do entender a vida dentro de suas limitações e saber vivê-la com dignidade e profundidade. Tem a ver com a cura da sociedade, da sociedade redescobrir sua dependência, saber viver dentro desta dependência, dependência mútua, dependência de Deus.<sup>47</sup>

Comecemos a construir la sociedad e la iglesia que quiere Dios, aquella que ya está en médio de nosotros. Unamos nuestras fuerzas y voluntades em anunciar que Dios está em médio de la epidemia del vih-sida anunciando reconciliación e inclusión. No quiere que nadie quede afuera por voluntad de otros e otras. Todos y todas son invitados.<sup>48</sup>

---

<sup>44</sup> KIRCHHEIM, 2002, p. 92.

<sup>45</sup> CONSELHO MUNDIAL DE IGREJAS. *Ouvindo com amor*. Disponível em: <[http://vd.pcn.net/es/index.php?option=com\\_docman&task=doc\\_view&gid=23&tmpl=component&format=raw&Itemid=30](http://vd.pcn.net/es/index.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=23&tmpl=component&format=raw&Itemid=30)>. Acesso em: 1 jul. 2013. p. 21.

<sup>46</sup> EVANGELISCHEN KIRCHE IN DEUTSCHLAND, 2007, p. 6

<sup>47</sup> LOUW, 2008, p. 436-437.

<sup>48</sup> ORLOV, Lisandro. *Asumamos el liderazgo*. Detengamos el SIDA: mensaje de Iglesias, Redes y Organizaciones para El Día mundial del SIDA. Buenos Aires: Epifania. [s.d.]. p. 20.

O ser humano não pode tudo, nem é tudo, isto vale para o indivíduo, para a Igreja e sociedade. Isto vale para as pessoas “com saúde” e para as que estão “doentes”. Vale para os cristãos e para os que não são cristãos. O Juízo é de Deus, e a fé cristã crê que o juízo de Deus é salvador, quer a cura da vida. A fé cristã crê que o juízo de Deus vai além, além do juízo humano, da vida humana, **é eterno**. (Jo 3.16; 14.1-14).



## 2 - A TAREFA DO CUIDADOR, O ACOMPANHAMENTO PASTORAL AO DOENTE E SEUS AFETADOS

1. Quem só em Deus, o Pai, confia e nele espera, sempre fiel, quem contra o mal com Deus porfia, resiste à dor, a mais cruel.  
Quem sua vida a Deus confiou, em rocha firme edificou.
2. Que valem todos os cuidados e todas as lamentações?  
Que dia e noite, inconformados, choremos nossas aflições?  
Se a lamentarmos, nossa dor somente ficará maior.
3. Sê conformado, sê paciente e alegre-te no teu Senhor, pois sua graça onisciente conhece bem a tua dor.  
Vê muito bem o nosso Deus tudo o que falta aos filhos seus.
4. Não penses nunca, na amargura, que te esqueceu o Pai nos céus, Nem que o que vive na ventura se encontre já nos braços seus.  
Muito o porvir há de mudar e cada qual seu fim mostrar.
5. Deus pode, sem dificuldade, um rico em pobre transformar; e com igual facilidade a um pobre grandes posses dar.  
O onipotente tem poder de os homens humilhar e erguer.
6. Orando, segue a tua via, fiel, cumprindo o teu dever; na bênção celestial confia, que renovada a possas ter.  
Jamais Deus há de abandonar, quem nele crer e confiar.<sup>49</sup>

O cuidador no acompanhamento pastoral às pessoas com o HIV e que desenvolveram a AIDS necessita, antes de tudo, conhecer a doença. Precisa acolher e colocar-se ao lado da pessoa que está doente – deixar sentir presença – possibilitar um vínculo de confiança. A pessoa com doença deve poder sentir que não está só em sua doença, mas que há alguém que o está ouvindo com o coração, um toque amigo, que pode ser fortalecedor.<sup>50</sup> A pessoa com doença deve poder compartilhar acerca de suas angústias e medos. O cuidador deve acordar confiança na pessoa que está doente. A confiança, segundo citação de Harvey Cushing em *Wie können wir Sterbenden beistehen*, “é um bem grandioso, sem o qual estaríamos muito mal”.<sup>51</sup>

Cada doente experimenta a sua doença de forma diferente, cada doença e doente é único.<sup>52</sup> A relação do cuidador no acompanhamento pastoral com os

---

<sup>49</sup> IGREJA EVANGÉLICA DE CONFISSÃO LUTERANA NO BRASIL. *Hinos do Povo de Deus*: hinário da Igreja Evangélica de Confissão Luterana no Brasil. São Leopoldo: Sinodal, 1981. n. 214.

<sup>50</sup> CONSELHO MUNDIAL DE IGREJAS, 2013, p. 38.

<sup>51</sup> CUSHING, Harvey. Die Wahrheit am Krankenbett. In: BOWERS, Margaretta K. et al. *Wie können wir Sterbenden helfen?* München: Kaiser, 1971. p. 109 (tradução do autor).

<sup>52</sup> WINKLER, 1983, p. 406. “Aber das vertrauen ist ein überaus kostbares gut, ohne das es uns sehr schlecht ginge”.

pacientes devem ser acrílicas e acolhedoras.<sup>53</sup> A tarefa do cuidador no acompanhamento pastoral se inspira em Cristo, para quem o ser humano é único. Cristo é o bom pastor, (Jo 10.11-21, Lc 15.1-7) que deixa as noventa e nove ovelhas e sai em busca daquela uma que se desviou do caminho. Cristo não se desviou da doença, nem colocou os doentes como perdidos, mas foi ao seu encontro, acolheu, tocou e deixou-se tocar e assim permitiu cura, ela precisa quebrar e refazer caminhos (Mc 5.21-43, 7.31-37).

Jesus não se afastou nem excluiu qualquer pessoa que estivesse enferma. Muito pelo contrário, achegou-se para bem perto delas, ouvindo, tocando, trazendo esperança. Aproximou-se delas e as acolheu. Colocou-as como principais merecedoras da sua atenção e compaixão (Marcos 2.17) e ficou junto delas. Foi solidário.<sup>54</sup>

Ele tocou o intocável (Mc 2.1-12). Nele, em Cristo “a compaixão se torna ação quando estende a mão e toca o intocável”.<sup>55</sup> No caso do leproso, como a cura aconteceu, continua em segredo. O próprio apóstolo Paulo é testemunha de cura, como perseguidor se torna cego, é liberto de sua cegueira e se transforma em evangelizador, passa a ver a angústia e a necessidade de cura do mundo, conforme o capítulo nove de Atos dos Apóstolos.

O cuidador no acompanhamento pastoral deve ouvir, acolher e colocar diante do seu Senhor a angústia, os medos, a culpa e a raiva do doente.<sup>56</sup> No ouvir e acolher acontece cura, no colocar diante de seu Senhor a angústia, a culpa, os medos e a raiva, está a partilhar com Aquele que pode agir e fazer o que para o ser humano é impossível: a cura para a vida.<sup>57</sup> Alguém estava muito doente, havia sido desenganado pelos médicos. Na sua angústia procurou ajuda em muitos lugares. Finalmente também buscou a ajuda do pastor, lembrando a ele o que as escrituras dizem na carta de Tiago, capítulo 5: “Se algum de vocês estiver doente, chame os presbíteros da Igreja, para que façam oração e ponham azeite na cabeça dessa pessoa em nome do Senhor. Essa oração, feita com fé, salvará a pessoa doente”

---

<sup>53</sup> MILLER, e ROLLNICK, 2003, p. 253

<sup>54</sup> OLIVEIRA, 2013.

<sup>55</sup> LAEMMEL, Roberto. Marcos 1.21-2.12: Porque o Filho do home tem na terra autoridade. *Caminho e Testemunho*, São Bento do Sul, v. 9, n. 1, p.13-19, dez. 2011.

<sup>56</sup> CONSELHO MUNDIAL DE IGREJAS, 2013, p. 38. CONSELHO MUNDIAL DE IGREJAS. 1993, p. 17-18.

<sup>57</sup> FRIEDEL, 1965, p. 297.

(Tg 5.14-15a). O pastor assim fez, visitou o doente, lhe impôs as mãos e orou, e aquele Senhor morreu em paz.<sup>58</sup>

É necessário entender a vida do doente. O cuidador deve entender a vida do doente e sua vida a partir de Deus, não a partir de si mesmo e da doença ou a partir da limitação do humano. O cuidador no seu cuidado pastoral deve ter seu olhar voltado e entrelaçado ao olhar daquele que é criador e mantenedor da vida. Com suas limitações, suas doenças, que também podem ter sentido, o sentido de lembrarem a dependência do humano de seu criador e de seus semelhantes.<sup>59</sup>

O cuidador no acompanhamento pastoral precisa caminhar com o doente no caminho da compreensão da doença e do cuidado consigo mesmo. No sentido de aceitar que a redução de danos deve ter uma prioridade maior do que a eliminação de uso de drogas ou relações sexuais de risco.<sup>60</sup> Ele não deve abandonar o paciente, mas deixar sentir com sua presença, sua proximidade, que há algo mais, que há comunidade, que Deus é misericordioso e que o ama. E assim, chama o ser humano à misericórdia e ao amor próprio e uns com os outros. Misericórdia consigo porque doença também pode ser resultado da falta de cuidado e, ou na falta de respeito aos limites do humano. “Amar e ser amado é uma questão de sobrevivência digna.”<sup>61</sup>

O cuidador no seu cuidado pastoral deve poder ouvir e deixar ouvir que Deus ama, perdoa e acolhe, especialmente na doença e na fraqueza:

Tal como Jesus Cristo no caminho entre Jerusalém e Emaús, o início está na prontidão para ouvir. Para aquele que sofre, falar sobre o que dói já é um passo em direção à cura, pois a dor pode sair do plano do puro sentimento e da sensação corporal para a palavra – falar já é elaboração psíquica, já é simbolização. Uma dor com nome é uma dor localizada, e com isso o choque que a acompanha já não invade todo o ser.<sup>62</sup>

---

<sup>58</sup> Vivência a partir do trabalho pastoral do autor.

<sup>59</sup> DREHER, Martin. *Conversando sobre Espiritualidade*. São Leopoldo: Sinodal, 1990. p. 29.

<sup>60</sup> MILLER e ROLLNICK, 2003, p. 253

<sup>61</sup> HERTEL, Hildegart. Redes sociais e qualidade de vida. In: HOCH, Lothar Carlos e NOÉ, Sidnei Vilmar. *Comunidade Terapêutica: Cuidado do ser através de relações de ajuda*. São Leopoldo: Sinodal/EST, 2003. p. 41.

<sup>62</sup> WONDRAČEK, Karin Hellen Kepler. *Aprendendo a lidar com crises*. 3 ed. São Leopoldo: Sinodal, 2004. p. 105.

“Toda a intenção terapêutica está voltada para a diminuição da ansiedade do paciente. Importa que o paciente e o profissional possam estabelecer um bom vínculo, formando uma terapêutica”.<sup>63</sup> Colocar-se do lado do doente é tarefa do cuidador no acompanhamento pastoral.<sup>64</sup> A cura não precisa significar vitória sobre o mal físico, a doença e a patologia. Mas aceitá-la, conviver com ela e as limitações que ela impõe, podendo tornar-se testemunho do amor e do cuidado de Deus (A minha graça te basta, porque o poder se aperfeiçoa na fraqueza - 2Co 12.9) que continua mantendo e animando para a vida.

É tarefa do cuidador apontar para o amor e a misericórdia de Deus que continua amando as pessoas e também as chamando para a pesquisa e descobertas que permitem maior tempo de convivência humana. O cuidado no acompanhamento pastoral quer ser dirigido pela ética do amor, que consiste, conforme Louw, nos seguintes componentes:

1) *Uma visão realista e inteligível da realidade, que a mesma não é um jogo.* O fato é: a doença pode ser fatal. Uma ética do amor opera com a realidade da pessoa que vive com o vírus da AIDS

2) *Empatia.* A mensagem precisa ser trazida para junto do doente: “Eu entendo sua solidão, ansiedade e sentimento de culpa”. A ética do amor aceita a pessoa vivendo com HIV incondicionalmente.

3) *Suporte.* A atitude correta do pastor deve ser: “Eu estou aqui, Eu estou disponível e você não viverá sem uma rede de apoio, mesmo sofrendo ou estando em solidão.

4) *Transmitir significados.* Isto significa que a pessoa não pode alterar o vírus, mas o status e a atitude dela podem ser modificados. Isto também envolve a adaptação da atitude. Responsabilidade pessoal, estabilidade e maturidade, são os aspectos importantes quando se está lidando com o dilema ético.<sup>65</sup>

O cuidado na pastoral com a pessoa com o HIV e a AIDS, precisa trabalhar na restauração de caminhos, precisa se ocupar em refazer caminhos, caminhos consigo mesmo e com os outros. Deve dar espaço para pedir e receber o perdão,

---

<sup>63</sup> HERTEL, 2003, p. 40.

<sup>64</sup> BENJAMIM, Alfred. *A entrevista de Ajuda*. São Paulo: Martins Fontes, 2011. p. 35.

<sup>65</sup> LOUW, 2008, p. 443 (tradução própria).

deve consolar as pessoas na sua dor e preocupação. Deve ocupar-se em refazer relações, relações familiares e de amizade que muitas vezes se romperam por causa da opção de vida da pessoa com o HIV, do doente e da doença, da pessoa que desenvolveu AIDS.<sup>66</sup>

Toda a ação da Igreja no cuidado pastoral, junto a pessoas com HIV e a AIDS, no enfrentamento da epidemia deve se inspirar na vida:

A vida é o bem maior. É preciso livrar a vida não só do mal da Aids. É importante ampliar a luta para que a dignidade humana seja respeitada, para que os direitos fundamentais da pessoa humana sejam garantidos, para que a mulher tenha cidadania em casa e na rua, para que a mulher seja “empoderada” de seu corpo e de seus direitos. Neste sentido Aids e miséria estão intimamente ligados. Libertar homens e mulheres da pobreza – econômica, intelectual, social – é condição indispensável para vencermos a luta contra a Aids.<sup>67</sup>

## **2.1 Relato de vivências com pessoas com HIV e AIDS**

Vivência 01: Jovem mulher, agora chamada pelo pseudônimo KL, formada no curso de enfermagem. Filha mais nova de casal envolvido na vida da Igreja, gêmea, tem cinco irmãos e é casada. Contraiu o vírus HIV e o vírus da Hepatite em acidente no seu trabalho, o que compartilha com seus irmãos. Após diversas gripes entra em crise, tem falência hepática. Passando pelo vale da sombra da morte, vence a Hepatite e hoje vive com o HIV.

A jovem, mesmo tendo sido infectada, sente-se culpada por sua infecção, não quer expor a família ao estigma, especialmente os pais. Guarda sua infecção para si, carrega o estigma sozinha com seu marido mantendo segredo.

Quando na crise, onde vence a Hepatite, conforme os médicos, vencida pela alta febre. Pede segredo e vive o silêncio com seu marido e irmãos. Diante dos pais fala apenas da Hepatite, pois tem medo, acha que a carga da doença lhes poderia ser grande demais. Ela reconhece o cuidado que seus pais tiveram com seus filhos, cuidado com o qual ela talvez faltou, por isso se culpa. KL e o marido e seus irmãos vivem o silêncio, o segredo no que se refere ao HIV.

---

<sup>66</sup> SCHNEIDER-HARPPRECHT, 1994, p. 18.

<sup>67</sup> CONFERÊNCIA NACIONAL DOS BISPOS DO BRASIL, 2013, p. 32.



A família também experimenta a dificuldade em falar da doença. O tema é barrado pela incompreensão e preconceito, que as pessoas e a Igreja apesar de documentos e informações, como comunidade tem pouco ou nenhum espaço de acolhida. Percebe-se que existe preconceito e medo, que quase sempre há a procura por culpados e assim um distanciamento daquele e daquela que precisa ser acolhida e ser cuidado, amado.

KL já não mais tão jovem, apesar de sua saúde frágil decide com seu marido engravidar. A gravidez lhe dá gêmeos. Dois meninos. Nova preocupação, novas angústias e medos, também eles poderiam ter o HIV, tempo de espera e finalmente a respostas, estão livres deste mal, estão negativados.

Ela achou na fé em Deus que recebeu de seus pais e na acolhida de seus irmãos e de sua comunidade, apesar do segredo e silêncio sobre a doença, a força e o suporte para sua caminhada. Continua no serviço de enfermagem, no cuidado dos outros infectados e afetados, na ajuda e suporte para aprender a viver com HIV. Tem uma vida disciplinada, disciplinada também no acompanhamento médico e medicamentoso, o que certamente tem sido um grande auxílio e essencial para sua vida com HIV. No apoio, compreensão e aceitação do marido e de seus irmãos tem um porto seguro também para consigo diante das limitações e transformações-deformações que seu corpo vem apresentando. Tem apoio psicológico, é amada e precisa ser lembrada, para se amar e não somente se doar.

Hoje KL já está com a doença acerca de 15 anos, os filhos já com 8 anos, saudáveis, ainda não sabem da doença da mãe. Nos encontros de família não é permitido falar sobre a condição da irmã. Os familiares percebem as transformações físicas e psicológicas e para eles também é sofrido ver a irmã sofrendo reações adversas ao tratamento, mesmo sabendo que hoje o tratamento já não é mais tão agressivo. A mãe já faleceu há dois anos e não ficou sabendo da condição da filha. A família continua acreditando no tratamento, tem esperança e acredita que a pesquisa possa ajudar a irmã e filha com alguma nova descoberta ou tratamento com menos efeitos colaterais e com maior qualidade de vida.

Vivência 02: Dona Maria e o esposo não puderam ter, por isso adotaram uma menina chamada Isabel. Esta filha do coração muito nova fica grávida de gêmeas – Joana e Luiza.

A mãe não conseguiu dar os cuidados necessários às gêmeas e acabou entregando para os avôs criá-las e assim eles ficaram com as netas, cuidando delas como suas filhas. Dona Maria fazia da Comunidade sua segunda casa, participava de grupos e nos cultos sempre vinha acompanhada por suas netas. Elas eram o orgulho da avó. Que alegria quando iniciaram no ensino confirmatório, elas participavam, a exemplo da avó de forma muito ativa. Joana era uma menina alegre, descontraída e comunicativa. Luiza era recatada, centrada e mais retraída e sempre de novo estava adoentada, até por algumas vezes precisou permanecer hospitalizada.

Na adolescência, a frequência das crises e das internações aumentou e nesta época ainda o avô faleceu o que trouxe grande tristeza para as meninas e esposa. Como a família estava muito próxima e envolvida na comunidade todos já estavam preocupados e solidários com a família. Na última hospitalização, nova bateria de exames, exames e mais exames, os médicos finalmente descobriram o que Luiza tinha, depois de alguns anos de idas e vindas do hospital, veio o diagnóstico: Luiza tinha o vírus HIV. Tudo ficou muito triste, muita revolta. Era muito tarde! Sua imunidade estava muito baixa, não tinha mais defesas. Ela está com AIDS, mas como? Não sabemos: disseram os médicos. Preocupação... Minha neta querida, disse a avó: nunca tinha tido relações sexuais.

Como ela poderia estar com o vírus HIV? A equipe médica fez toda uma investigação com a família para descobrir quando e como Luiza contraiu o vírus. Segundo relato da avó Luiza necessitou de sangue quando estava na idade de 6 ou 7 anos e acredita-se que naquela ocasião ela tenha contraído o vírus e que mais tarde se manifestou. Naquela época ainda não se fazia a testagem. Luiza foi confirmada, participou do culto infantil, participou de peças de teatro e nunca se deixou abalar pela doença. A comunidade e o seu ministro soube acolher, ouvir e apoiar Dona Maria e todos os seus com muito carinho e cuidado. Ambos, comunidade e ministro souberam ajudar nos encaminhamentos e dar passos além do estigma, soube carregar sua doente e os enlutados, foi lugar de acolhida e ajuda na dor. Soube apontar para a misericórdia e o amor de Deus que acolhe.

Vivência 03: Na visitação hospitalar, no encontro com doentes e seus familiares a dor fruto do preconceito se faz presente, tanto que o silêncio sobre a doença é a prática, prática que, no entanto, também é defesa, é forma de guardar o doente do preconceito e julgamento. Infelizmente muitos visitantes evangélicos não entendem a visita como um colocar-se do lado, não estão dispostos a ouvir, mas vêem no doente alguém a ser evangelizado e a doença muitas vezes como tendo origem no que denominam pecado, que precisa ser confessado e então perdoado. Existe assim, a necessidade de refletir e trabalhar com estes visitantes, sempre de novo a acolhida, o preconceito, perguntar o que é pecado, para com eles vencer o estigma, quebrar paradigmas para o enfrentamento da doença.

Vivência 04: No diálogo com familiares de doentes a respeito do HIV é animador descobrir, que há comunidades onde a doença não é segredo, não há silêncio, mas informação, acolhida e integração. Lembrando o testemunho de familiares a respeito de crianças com HIV, que livremente participam da vida comunitária, no culto infantil, com sua mãe e ou seus pais, todos sabem, aceitam e carregam juntos em oração e cuidado.

Vivência 05: No acompanhamento a moribundos e enlutados percebe-se que cada vez mais as pessoas estão sendo preparadas para acompanhar e lidar com esta realidade que envolve pessoas que desenvolveram a AIDS e seus afetados. O segredo e o silêncio se fazem presente sim, mas muito, também, como sinal de cuidado e respeito com o falecido e seus familiares. Respeito, compreensão, colocar-se do lado, dispor-se para caminhar junto, dar apoio e amar. Perguntar, querer saber normalmente não é ajuda. Ter compaixão, ouvir o silêncio e amar como Jesus amou, é ajuda.<sup>68</sup> “Alguns aspectos da imagem de Deus em Cristo podem refletir-se na Igreja, como corpo de Cristo, quando forem incluídas e honradas aquelas pessoas que têm, como Cristo, corpos com limitações [estigmas]”.<sup>69</sup>

## **2.2 Acompanhamento a pessoas com HIV e AIDS**

O doente, principalmente a pessoa que convive com o HIV, bem como a pessoa que desenvolveu a AIDS, trabalha com muita culpa e rejeição. Culpa e

---

<sup>68</sup> Vivência do autor.

<sup>69</sup> CONSELHO MUNDIAL DE IGREJAS, 2005, p. 16.

rejeição separam de si e do outro. Separação cria doença, dá espaço para mais doença. A pessoa com o HIV e o doente que por ter desenvolvido a AIDS muitas vezes se culpa, sofre com a auto-rejeição, é tornado culpado e é rejeitado pela família amigos e sociedade.

O cuidado no acompanhamento pastoral necessita trabalhar esta culpa e rejeição para a restauração de laços ouvindo o doente, a família, os amigos e a sociedade, convidando para o perdão de si mesmo e do outro. Convidando para a aceitação do outro com seus limites, opções e decisões, vivendo o amor de Deus que não faz acepção de pessoas (At 10.34; Rm 2.11; Ef 6.9). O cuidado no acompanhamento pastoral deve poder integrar o doente na vida da comunidade.

O cuidador no acompanhamento pastoral deve ter consciência de suas limitações, deve assim, saber buscar o auxílio do psicólogo, médico e outros profissionais possibilitando um cuidado interdisciplinar do doente. O estar ligado a profissionais de outras áreas, também é cuidado do cuidador consigo mesmo. “Quem cuida de quem cuida? É urgente que reflitamos acerca desta pergunta e busquemos, em nós mesmos e nos demais profissionais de ajuda, um espírito de solidariedade mútua, que nos permita exercer com excelência a nossa profissão de ajuda”.<sup>70</sup>

Como auxílio para o acompanhamento pastoral no aconselhamento as pessoas que vivem com o HIV, Daniel Louw, propõe cinco fases:

1ª Fase: *Estágio do Impacto*. É uma fase marcada por uma reação de choque e negação, bem como de ansiedade severa onde o sentimento de desamparo pode aparecer imediatamente. Este momento não é de conversas vazias. O Pastor deve se concentrar para as necessidades básicas do paciente: como aceitação, entendimento, amor, sustento, ele necessita lidar com os

---

<sup>70</sup> NOÉ, Sidnei Vilmar. *Espiritualidade e Saúde: Da cura d'almas ao cuidado integral*. São Leopoldo: Sinodal/EST. 2004. p. 97. Vide também ANGERAMI-CAMON, Valdemar Augusto. *Tendências em Psicologia Hospitalar*. São Paulo: Pioneira Thomson Learning, 2004. p. 77. “A psicologia hospitalar não pode se colocar sozinha dentro do hospital como força isolada, sem contar com outros determinantes para atingir seus preceitos básicos. A humanização do hospital necessariamente passa por transformações da instituição hospitalar como um todo, e evidentemente pela própria transformação social”.

sentimentos de culpa e raiva. A luta com o problema da rejeição e seu possível impacto no sistema de relações é considerado intenso.

2ª Fase: *Estágio da Regressão*. Forçadas a lidar com a realidade de sua situação, muitas pessoas se retraem. Elas entram num estágio psicológico de isolamento, solidão e luto. Esta também é a fase da internalização da raiva que o torna hostil diante do desenvolvimento da sociedade e cultura. É necessário lidar com sentimentos de culpa e raiva. A luta com o problema da rejeição e seu possível impacto no sistema de relações é considerado intenso. Em quem posso confiar? Neste estágio se faz importante um grupo de ajuda com qualidade de atendimento e aceitação, a construção de uma relação de confiança.

3ª Fase: *Estágio da Internalização*. Esse estágio descreve o período que o paciente com o HIV precisa para entrar em acordo com as consequências de seu status e a pressão de ter que tomar a medicação. Num nível espiritual profundo deve ficar estabelecido estar consciente de sua continuidade, força, perseverança como expressão do Deus misericordioso. “Eu não tenho nenhum problema que as pessoas saibam do meu estado, pra mim está claro o fato de que meu corpo tem a doença, não eu. Eu não sou uma pessoa doente”.<sup>71</sup>

4ª Fase: *Estágio de Reconstrução*. Está diretamente conectado com a tomada de decisões (qualidade das escolhas), planejamento do futuro, desenvolvimento individual e ações significativas. O processo de auto realização pela fé e confiança nas promessas de Deus podem ajudar a descobrir a sua auto-estima e desenvolver sua coragem para tomar novas decisões.

5ª Fase: *Estágio da Construção*. O estágio da construção é o desenvolvimento da qualidade de vida usando o estado positivo como forma de crescimento, possibilidade de tomar decisões e configuração de metas. Para o cristão o entendimento da espiritualidade do HIV – a imagem e o caráter de Deus vão ser decisivos nos termos de desenvolver uma instância positiva e construtiva de identidade.

---

<sup>71</sup> Beyond Awareness Campaign *apud* LOUW, 2008, p. 448. “I don’t have a problem with anyone knowing my status at all. I’m clear on the fact that is my body that has a disease, not me. I’m not a diseased person”.

Todos os estágios não podem ser vistos como lineares, mas como circulares, ou num modelo espiral. Eles são interconectados e entrelaçados. Daniel Louw continua dizendo que a pessoa com HIV passando por esses estágios necessitará de tempo para revelar sua doença aos outros. Sendo este um dos desafios maiores para a pessoa aprender a viver com a doença. Demanda muita confiança, verdade e coragem para se abrir sobre a infecção, abrir não só para os amigos e amados, mas também para o público em geral. Não só o ponto da revelação da doença elimina o silêncio, as mentiras, a artificialidade e a negação. A revelação permite a aceitação própria e dos outros, reforça a identidade e uma postura saudável de vida.<sup>72</sup>

### 2.3 Cuidando de si, do outro e o cuidado de Deus<sup>73</sup>

*“Realizo-me ao contato com o Tu, torno-me Eu dizendo  
Tu. Toda vida verdadeira é encontro.  
[...] No começo é a relação.  
[...] Digo-te com toda a seriedade da verdade:  
o homem não pode viver sem o Isso,  
mas quem vive somente com o Isso não é homem”.*<sup>74</sup>

Se olharmos para a Bíblia, nela nos é revelado um Deus que cuida. Ele não somente criou, a confissão judaico-cristã vê e entende Deus como criador. Isto significa mais do que ter sido criado, isto significa que Ele também continua criando hoje. Também hoje Ele está dizendo sim sobre a sua criação (Gn 1.1-2.4a) – ele é um Deus cuidador:

Em consonância com isto, a Bíblia afirma ser Deus quem define o ser humano e lhe confere a identidade. Portanto, a relação com o criador é constitutiva para a compreensão do fenômeno humano. A identidade e dignidade dos ser humano emanam de sua qualidade de imagem de Deus.<sup>75</sup>

<sup>72</sup> LOUW, 2008, p. 446-450.

<sup>73</sup> HOPP, Walter. *Cuidando de si, do outro e o cuidado de Deus*. São Leopoldo, XVII Convenção de Irmãs Diaconisas – Casa Matriz das Diaconisas, 29-31 jul. 2012. Palestra proferida pelo autor desta dissertação na XVII Convenção de Irmãs Diaconisas.

<sup>74</sup> Martin Buber *apud* FONSECA FILHO, José de Souza. *Psicodrama da loucura: correlações entre Buber e Moreno*. São Paulo: Ágora, 1980. p. 9.

<sup>75</sup> CONSELHO MUNDIAL DE IGREJAS, 2005, p. 20.

O Deus judaico-cristão é um Deus próximo, ele não somente andou pelo paraíso, onde encontrou Adão e Eva (Gn 3. 8-21) e deles cuidou porque estavam nus e desprotegidos. Ele andou, cuidou e conversou com Abraão e Sara (Gn 18.1-15), com Agar e Ismael (Gn 16.6-14; 21.9-20), cujo choro ouviu no deserto e veio em ajuda. Ele é o Deus que ouve. Ele cuidou de Isaque e Rebeca (Gn 26), é o Deus que cuida. Ele viu, falou com Jacó e cuidou dele, quando em fuga longe de casa (Gn 28.10-22). Viu a angústia e veio em ajuda de Raquel, permitindo que pudesse ter filhos (Gn 30.22-24). Ele esteve com José no Egito, para onde seus irmãos o haviam vendido (Gn 37. 12-36), cuidou do seu povo para que sobrevivesse (Gn 46. 28-47. 12), ouvindo seu clamor, veio ao seu encontro, falou com Moisés (Êx 3.1-21) e conduziu seu povo para a liberdade. Caminhava à frente de seu povo de dia como uma coluna de fumaça e de noite como uma coluna de fogo (Êx 13.17-22). Foi protetor, cuidou da sede e da fome no deserto (Êx 16-17).

Ele não somente se lembrou dos seus na juventude, mas esteve com os seus até na velhice. Ele não somente abençoou, mas chamou para ser benção (Gn 12.1-4). E esta benção ele alcançou a todos os seus. Alcançou às pessoas todas e a pessoa toda. Olhando para os profetas descobre-se um Deus que é juízo e cuidado. Na história de Elias, proclamou o juízo de Deus e ao mesmo tempo experimentou o cuidado de Deus consigo (1 Re 17-19). “Deus que antes de ser juiz, é pai amoroso, a quem o ser humano pode dirigir-se sem medo e “com toda a confiança, como filhos amados ao querido pai”.<sup>76</sup> O juízo de Deus, sempre é acompanhado pela misericórdia e pelo perdão (Is 1.2-4.6). Seu julgamento não é para perder, mas para salvar.<sup>77</sup> É um julgamento que traz vida. Há uma poesia do poeta alemão Jochen Klepper que mostra esta vontade divina de uma forma muito rica: “embora habite em treva, Deus faz a luz brilhar. No juízo a alma eleva, em vez de aniquilar. Quem fez dos céus o brilho, não nos há de deixar: Em seu bendito Filho sua obra há de findar!”.<sup>78</sup>

---

<sup>76</sup> Martim Lutero (Catecismo Menor) *apud* BRAKEMEIER, Gottfried. *O ser humano em busca de identidade*. São Leopoldo e São Paulo: Editora Sinodal e Paulus, 2005. p. 26.

<sup>77</sup> OLIVEIRA, Roseli Kühnrich de e HEIMANN, Thomas. Cuidando de cuidadores: um olhar sobre os profissionais de ajuda a partir do conceito de cuidado integral. In: NOÉ, Sidnei Vilmar (Org). *Espiritualidade e Saúde: da cura d'almas ao cuidado integral*. São Leopoldo: Sinodal, 2004. p. 170.

<sup>78</sup> IGREJA EVANGÉLICA DE CONFESSÃO LUTERANA NO BRASIL, 1981, hino n. 3, estrofe 5.

A Bíblia mostra um Deus que está a caminho e convida os seus para se colocar no caminho (Mc 10.46-52). Para a Bíblia o instalar-se sempre de novo se torna um problema, isto sempre de novo é denunciado, já pelos profetas e depois também pelos apóstolos (exemplo são as cartas às Igrejas no Apocalipse). É denunciado, porque quando o cristão se instala ele se basta a si mesmo, não necessita dos outros, tão pouco de Deus (1 Pedro 1.3-25).

O cuidado de Deus é um cuidado a caminho. Olhando para o Salmo 23<sup>79</sup>, Deus conduz, guia e protege. Quando já não é possível caminhar com os próprios pés, também na sepultura ele, com sua vara e cajado – instrumentos do pastoreio, do cuidado com as ovelhas – é presença consoladora. Ele revela o seu cuidado através de um caminho que tem sua continuidade, conforme o mesmo Salmo, no preparo da mesa na presença dos adversários, na unção da cabeça com óleo, no cálice que transborda e no habitar na casa do Senhor para todo sempre.

O cuidador deve cuidar de si, cuidar do outro, sentir-se cuidado e ao mesmo tempo saber-se cuidado por Deus:

O profissional cuidador, mesmo que não se dê conta, sofre desgastes pelo contato diário com a dor, perda, as dificuldades, necessidades e angústias das pessoas com as quais lida, trabalha ou que atende. É inegável que há demandas constantes, que exaurem, senão de imediato, certamente, ao longo do tempo da atuação profissional.<sup>80</sup>

O cuidador no acompanhamento pastoral deve cuidar para que a sua relação com Deus se aprofunde e se solidifique através da oração e meditação, com uma boa leitura, escrevendo e memorizando. Memorizando salmos, para saber o que orar no momento em que os olhos já não vêem.<sup>81</sup> Lembro-me de uma senhora que já não podia participar da vida em comunidade, quando na visita domiciliar, ela pediu para que cantasse um hino com várias estrofes. Cantando três, lembrou que o hino tinha mais estrofes, recitou as seguintes e daí pediu que cantasse uma com a

---

<sup>79</sup> Vide Apêndice A, *SI 23 - Leitura e reflexão a partir da realidade HIV/Aids*.

<sup>80</sup> OLIVEIRA, Roseli M. Kühnrich de. *Pra não perder a alma: o cuidado aos cuidadores*. São Leopoldo: Sinodal, 2012. p. 46.

<sup>81</sup> OLIVEIRA, 2012, p. 91.



qual sempre teve dificuldades para memorizar, daí recitou as finais. Anotar o que se vê, o que se pensou, o que sentiu e o que se viveu, não deixar para outro dia.<sup>82</sup>

Deus não abençoou Abraão para ser abençoado (Gn 12.1-4). Ele o abençoou para ser uma bênção e isto ainda na velhice (Gn 22.15-18). A lembrança da bênção lhe permitiu soltar quando podia ter segurado, pensando na briga dos seus empregados com os empregados de Ló, ele não segurou o melhor quinhão – o brilho da cidade para si, mas permaneceu no deserto, na dependência (Gn 13.1-18). A lembrança da bênção, do cuidado de Deus, lhe permitiu a vida e a continuidade da sua vida até nós.

Cuidar de si – cuidar do outro, eu e tu somos criação de um Deus criador, que também hoje quer criar através de nós. Eu e tu somos cuidados por Deus, que também hoje quer cuidar através de nós, para que haja vida, não só para os outros, também para nós. Se olhar no espelho, olhar as rugas, vê-las, não como envelhecimento, mas amadurecimento e experiência, como arte única do criador. A palavra de Deus em Gn 1.31: “E Deus viu que tudo o que havia feito era bom”(Gn 1.31), vale para o ser humano como criança, adulto e também quando envelhecido, vale desde a concepção, até o seu encontro com Deus - é eterno. Deus diz o seu sim hoje, quer encontrar e ser encontrado, Ele quer cuidar e ser cuidado.

Nosso Deus é um Deus de relação – ou como o disse o judeu Martin Buber, é um Deus dialogal.<sup>83</sup> Um Deus que tem seu sentido na relação conosco, no ouvir e no falar conosco, que quer que ouçamos a Ele e Lhe falemos. Ele nos convida a sermos seus colaboradores, que colaboremos no cuidado conosco, com os outros e com Ele. Um Deus, um Eu eterno, que cria um tu que lhe dá razão de viver e assim nos mostra no Seu cuidado conosco a nossa razão de viver – o cuidado com o outro, cuidado consigo – o tu de Deus, o meu tu, o tu do outro. Cuidado tem a ver com relações que dignificam o outro, que absolvem do pecado, como Jesus, o Deus

---

<sup>82</sup> Vivência do autor.

<sup>83</sup> Martin Buber (Eu e Tu) *apud* FONSECA FILHO, 1980. Todo o capítulo 2 da obra trata deste Deus dialogal, deste Deus que vive relação. Cito: “parafrazeando a expressão bíblica ‘no princípio é o verbo’, diz Martin Buber, no começo é a relação”. p. 36. Mais adiante Fonseca Filho diz: “Em todas permanece a necessidade de reciprocidade; de presença no sentido do imediato – globalidade e responsabilidade da relação dialógica”. p. 41. Veja também: OLIVEIRA, 2012, p. 55. E ainda: SIDEKUM, Antônio. *A intersubjetividade em Martin Buber*. Porto Alegre, Caxias do Sul: EST/UCS. 1979.

conosco – Emanuel (Mat 1.23; 28.20). Deus que nos convida ao seguimento e nos coloca a caminho, no cuidado do outro.

Pois eu estava com fome e vocês me deram de comer; estava com sede, e me deram água. Era estrangeiro, e me receberam na sua casa. Estava sem roupa, e me vestiram; estava doente, e cuidaram de mim. Estava na cadeia, e foram me visitar. (Mt 25. 34-36).

Nosso Deus é um Deus que chama ao movimento, ele vive e também quer que todos tenham vida. Ele nos chama ao cuidado do outro, a redescobrir nele um tu. Um Deus que em Cristo nos mostra o caminho do cuidado, que está na humildade do serviço, não no ser servido, mas no amor que serve (Jo 13.1-20). Peregrinos, forasteiro/estrangeiros é assim que a carta de Pedro nos descreve. Pessoas a caminho de casa. Como peregrinos e forasteiros precisamos de cuidado, preciso me cuidar, cuidar do outro. Cuidar para não perder de vista o alvo, meu objetivo, a vida (1 Pe 2.11). Para isso, cito o salmo 121:

1. *Olho para os montes e pergunto: De onde virá o meu socorro?*
2. *O meu socorro vem do Senhor Deus, que fez o céu e a terra.*
3. *Ele, o seu protetor, está sempre alerta e não deixará que você caia.*
4. *O protetor do povo de Israel nunca dorme, nem cochila.*
5. *O Senhor guardará você; ele está sempre ao seu lado para protegê-lo.*
6. *O sol não lhe fará mal de dia, nem a lua, de noite.*
7. *O Senhor guardará você de todo perigo; ele protegerá a sua vida.*
8. *Ele o guardará quando você for e quando voltar agora e sempre. (Sl 121)*

A minha ajuda vem daquele que caminhou na frente e que vem ao meu encontro – Jesus (Apocalipse 1.7-8). Ele é a palavra criadora – ele é o amor de Deus. Ele é a imagem, “a revelação visível do Deus invisível” (Cl 1.15) que nos deu Dele mesmo, a sua imagem fomos criados, nesta imagem somos chamados a buscar e viver em nós e no outro.



### 3 A PASTORAL ÀS PESSOAS COM HIV NUMA COMUNIDADE CRISTÃ

#### 3.1 Pastoral hospitalar e a capelania no Hospital Centenário

É inconcebível pensar o trabalho hospitalar sem o acompanhamento pastoral, uma vez que o cuidado com o doente em seus inícios estava atrelado ao religioso. Pouco a pouco a ciência médica se afastou da religião, onde nasceu. Hospitais, lugares de cuidado com doentes e pessoas em sofrimento são fruto de uma fé que não pode permanecer alheia ao sofrimento, mas necessita ir ao encontro das pessoas. “Foram monges cristãos na Idade Média que tiveram a feliz ideia de ‘hospedar pessoas’ que não podiam mais cuidar de si mesmas em seus conventos ‘Hospedar – hospital’”.<sup>84</sup>

Na fé cristã o próprio Deus quer ser encontrado no cuidado da pessoa com o doente. O doente por estar doente não perde dignidade, mas recebe dignidade divina. Deus quer ser encontrado e servido na pessoa doente e necessitada de misericórdia e compaixão. (Mt 25, O bom samaritano, ou em Lc 10.25-37).

E muitas vezes as pessoas doentes eram acolhidas no recinto onde se realizavam os cultos e as orações durante o dia. Os leitos ficavam ao longo das paredes, assim que as pessoas doentes podiam contemplar e participar da vida devocional do mosteiro.<sup>85</sup>

Tem se tornado comum, também na sociedade brasileira, que os doentes em seus estágios terminais são entregues a instituições de cuidado profissional, os hospitais. É sabido também, conforme bem o coloca Angerami Camon:

O paciente, ao ser hospitalizado, sofre um processo de total despersonalização. Deixa de ter seu próprio nome e passa a ser um número de leito, ou então alguém portador de uma determinada patologia. O estigma do doente – paciente até mesmo de seus valores e conceitos de homem, mundo e relação interpessoal em suas formas conhecidas. Deixa

---

<sup>84</sup> GOTTWALD, Bruno. *O papel do assistente espiritual no ambiente hospitalar*. Curitiba, II Congresso Brasileiro Ecumênico de Assistência espiritual, 1-3 out. 2001. Anotações feitas durante a palestra proferida por Bruno Gottwald no II Congresso Brasileiro Ecumênico de Assistência espiritual, Pontifícia Universidade Católica do Paraná. E ainda: KIRCHEIM, 2002, p. 92.

<sup>85</sup> KIRCHEIM, 2002, p. 92.

de ter significado próprio e passa a significar os diagnósticos realizados sobre sua patologia.<sup>86</sup>

Neste sentido também as pessoas com o HIV, à medida que desenvolvem a AIDS acabam aos cuidados hospitalares, cujos profissionais nem sempre estão preparados para esta situação. No hospital, por suas características, estes doentes normalmente passam a ser alocados em um leito, sofrem uma total despersonalização.<sup>87</sup> Também os cuidadores profissionais necessitam uma formação específica para o cuidado com estes doentes. Como o diz Lothar Carlos Hoch no artigo:

Acompanhamento pastoral a moribundos e enlutados: Os agentes da saúde estão melhor treinados para manusear os aparelhos do que para lidar com necessidades e sentimentos humanos. Tem-se em vista unilateralmente a cura física. Trata-se a doença e não o doente.<sup>88</sup>

Eles também precisam de um espaço para falar de seus conflitos, dificuldades, angústias e limitações.<sup>89</sup>

### 3.1 O Hospital Centenário, a realidade da casa e o serviço de visitas

A construção de um hospital para São Leopoldo foi projeto das mulheres da comunidade evangélica de confissão luterana local, cuja liderança em 1911, na pessoa do presidente do Sínodo e pároco local, Doutor Dr. Wilhelm Rotermund, chegou a comprar:

[...] uma grande área de terra junto à estrada para Porto Alegre, na qual deveria ser construída a casa matriz e, junto a ela, um pequeno hospital com 12 camas, a fim de instruir as jovens da colônia no ofício de tratar doentes. Este terreno [...] por muitos anos esteve sem uso, até que a 'Frauenhilfe fürs Ausland' vendeu parte dele à cidade de São Leopoldo, que ali construiu o 'Hospital Centenário'.<sup>90</sup>

O Hospital Centenário é uma instituição pública, que como hospital foi inaugurado em 15 de fevereiro de 1931. Seu início se deu por meio do trabalho

---

<sup>86</sup> ANGERAMI-CAMON, 2004, p. 66.

<sup>87</sup> ANGERAMI-CAMON, 2004, p. 66.

<sup>88</sup> BUTZKE, Paulo Afonso (Org.). *Não me desampares: acompanhamento a pacientes terminais*. Blumenau: Sínodo Vale do Itajaí – IECLB, 2005, p. 22.

<sup>89</sup> CUSHING, 1971, p. 113.

<sup>90</sup> TELES, Leandro Silva. *Hospital Moinhos de Vento 1912-1972*. Porto Alegre: Grupograf S/A – Artes Gráficas e Embalagens, 1972. p. 172.

realizado pelo médico Frederico Wolfenbüttel que atendia em consultório, na Intendência e em domicílio.<sup>91</sup> Casos de necessidade de tratamento eram encaminhados para a Santa Casa em Porto Alegre. Em 1919 foi instalada uma sessão de Higiene e Assistência Pública. Em 1924, nos 100 anos de fundação da colônia de São Leopoldo, foi lançada a pedra fundamental do hospital. A partir de 1930 o hospital foi entregue a administração das Irmãs Franciscanas da Penitência e Caridade. As Irmãs Franciscanas foram afastadas no ano 1980, dentro da perspectiva de ser o hospital apenas um lugar de cura para o corpo, não ser e nem ter lugar para o acompanhamento religioso e muito menos para a assistência espiritual.<sup>92</sup> Ou como o diz Roseli M. Kühnrich de Oliveira: “houve um favorecimento do “tecnológico” em detrimento do “pessoal”, pois a prática da medicina e enfermagem tornou-se assentada em aspectos puramente biológicos”.<sup>93</sup>

Com a redescoberta da necessidade e da importância da espiritualidade nos tratamentos de saúde, com o novo ordenamento da saúde pública no país através do SUS aconteceu uma busca por humanização<sup>94</sup> e por melhoramento dos atendimentos e procedimentos nos hospitais. Com o avanço e crescimento das igrejas pentecostais e neopentecostais, no seu afã missionário e proselitista, aconteciam excessos na presença religiosa não respeitando o estado de saúde do paciente, numa pregação recorrente de cura aos doentes pela conversão às igrejas. Em função disto os hospitais necessitaram rever sua postura diante da presença do acompanhamento religioso e espiritual. Torna-se importante rever o olhar da cura, vendo o ser humano como um todo e não somente pelo aspecto da pregação da cura com fins proselitistas, mas pelo aspecto do sofrimento humano:

O retorno ao cuidado integral impõe-se não somente pelo caráter humanista, mas por custos humanos e financeiros que se somam. Ao profissional das relações de ajuda, formado pelos ditames do modernismo,

---

<sup>91</sup> Intendência é o local para o exercício da administração pública. *Intendência*. In: HOUAISS, Antônio e VILLAR, Mauro de Salles. Minidicionário Houaiss da língua portuguesa. Editora Objetiva: Rio de Janeiro, 2004, p. 422.

<sup>92</sup> JORNAL CENTENÁRIO. São Leopoldo, n. 17, fev. 2011. Jornal de Circulação Interna. Fundação Hospital Centenário e Conselho Geral dos Servidores do Hospital Centenário. E ainda: Anexo D.

<sup>93</sup> OLIVEIRA, 2012, p. 38.

<sup>94</sup> MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Política Nacional de Humanização: Humaniza SUS*. Brasília: Ministério da Saúde, 2003. Disponível em: <[http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/doc\\_base.pdf](http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/doc_base.pdf)>. Acesso em: 3 jul. 2013.

mas vivendo em pleno pós-modernismo, sobra a difícil tarefa de tentar costurar essa colcha de retalhos, que nem de longe tem um aspecto harmonioso.<sup>95</sup>

Também a mudança de postura e entendimento do doente por parte do corpo médico fez com que o Hospital Centenário, no seu corpo administrativo mudasse de posicionamento diante desta questão, iniciando um processo de humanização.<sup>96</sup>

Dentro deste processo de humanização, esta mesma direção chamou uma assembléia com religiosos para que estes pensassem e se preocupassem com o acompanhamento religioso e espiritual aos doentes. Fruto desta assembleia foi a instalação de uma comissão de trabalho para a organização do serviço de visitação e confecção de um regimento que ordenasse este serviço. O serviço da comissão foi promissor, o trabalho foi ordenado e um regimento foi entregue a administração do hospital, que também o aprovou.<sup>97</sup> O Hospital Centenário hoje é um hospital de referência regional, ele dispõe de 257 leitos, com assistência 24h, distribuídos em 11 unidades de internação.<sup>98</sup>

Conforme assegurado pela constituição brasileira todos os credos religiosos tem o direito de atendimento aos seus membros doentes. Na visitação religiosa aos doentes no Hospital Centenário, ficou acordado regimentalmente pelas igrejas cristãs, um horário, uma alternância de dias e áreas a serem visitadas pelos visitantes. Para os visitantes tem sido oferecido um seminário formativo para a visitação e informativo sobre o hospital, administrado por um grupo de voluntários pastores e padres da comunidade, bem como pela Psicóloga e Assistente Social da casa e alguém do corpo médico do hospital.

Os visitantes também são convidados para palestras específicas, como por exemplo: o cuidado com pessoas com HIV e AIDS. Afinal,

Visitar alguém é sinal de solidariedade que exige empatia, que seja a pessoa como ela é; dar oportunidade para que ela possa falar; ouvir os seus desabaços, anseios, dúvidas e questionamentos; sentir com ela, sem assumir o seu sofrimento; saber guardar sigilo daquilo que a outra pessoa

---

<sup>95</sup> OLIVEIRA, 2013, p. 39.

<sup>96</sup> Vide Anexo D.

<sup>97</sup> Vide anexos A, B e C.

<sup>98</sup> JORNAL CENTENÁRIO, 2011.

lhe confia; ajudar a pessoa a encontrar e conservar o sentimento de vida; ajuda-la a vivenciar o perdão e a reconciliação.<sup>99</sup>

Estes profissionais: pastores, padres, psicóloga e assistente social do Hospital formam uma comissão, que atualmente está encarregada pela capelania hospitalar. A capelania acontece hoje de forma compartilhada por esta comissão. A comissão também tem organizado celebrações pontuais no Hospital e permanecido em diálogo com a administração do Hospital para avaliação do trabalho de visitação e a restauração da capela e outros serviços.

Os seminários de formação têm sido oferecidos semestralmente. Acontecem em um sábado, sendo a agenda bastante compacta. Iniciando com uma inserção na história dos hospitais e do acompanhamento pastoral aos doentes<sup>100</sup>, passando por uma abordagem bíblico-teológica da doença e da pessoa doente. Aborda a comunicação na visita ao enfermo, o cuidado pastoral frente à doença e ao doente, aspectos psicológicos da pessoa doente, na atividade pastoral junto a enfermos e o cuidado com os familiares. Além disto, são oferecidas informações sobre a história e a atualidade do Hospital Centenário, bem como uma visita a todas as dependências do hospital, terminando com a apresentação e comentários sobre o Regimento Interno para Visitadores espirituais Hospitalares.<sup>101</sup>

A comissão também organizou em 29 de junho de 2012 a Primeira Jornada Ecumênica do Hospital Centenário, sob o tema *Ecumenismo no ambiente hospitalar*. Ofereceu a oportunidade para o encontro dos visitantes das diferentes denominações cristãs, refletindo sobre o cuidado e a necessidade do respeito e aceitação mútua, também em benefício do doente.<sup>102</sup>

A visitação espiritual no hospital tem a função de amenizar o sofrimento do doente, ajudando na percepção de sua condição de doente para aceitar os tratamentos mesmo que invasivos, pois ajudam para um restabelecimento mais rápido. Ela busca incluir e valorizar o indivíduo no convívio social. A visitação através

---

<sup>99</sup> GAEDE NETO, Rodolfo et al (Org.) *Práticas Diaconais: Subsídios Bíblicos*. São Leopoldo: Sinodal/EST/Cebi, 2004. p. 124.

<sup>100</sup> Vide anexo D.

<sup>101</sup> Anexos A, B, C.

<sup>102</sup> Primeira jornada ecumênica do Hospital Centenário ocorrida em 29 de junho de 2012.



do anúncio da reconciliação e do perdão quer reintegrar, quer animar o doente em sua recuperação. Não julgando o doente, mas anunciando o amor de Deus que não exclui, mas é inclusivo e afirma o direito da pessoa doente à vida e ao seu acesso à saúde.<sup>103</sup>

### 3.2 Os desafios para a Igreja frente às pessoas com o HIV e seus envolvidos

*São dois os vírus disseminadores da pandemia. Um é o HIV, que percorre o curso da programação genética. O outro é o ideológico, que percorre o curso também programado pelo preconceito, pela vaidade e soberba dos dominantes. Este último as Igrejas têm condições de atacar, prevenir e até curar.*<sup>104</sup>

*O padre sabia que o que havia de excessivo na virtude de que ia falar chocaria muitos espíritos habituados a uma moral mais indulgente e mais clássica. Mas a religião do tempo da peste não podia ser a religião de todos os dias e, se Deus podia admitir, e mesmo desejar, que a alma repouse e se rejubile nos tempos de felicidade, desejava-a excessiva nos excessos da desgraça. Deus concedia hoje às suas criaturas a graça de coloca-las numa desgraça tal que lhes era necessário reencontrar e assumir virtude que é a do Tudo ou Nada... Todo pecado era mortal e toda indiferença, criminosa. Tudo ou Nada.*<sup>105</sup>

Mesmo após 30 anos do surgimento da epidemia e ter-se transformado em uma pandemia, a AIDS continua sendo um desafio para as igrejas como lugar de acolhida e cuidado, como corpo que denuncia a injustiça e luta pela dignidade do ser humano. A fé no Deus criador, mantenedor, salvador e reconciliador dão orientação para as igrejas em todos os tempos, situações e lugares.<sup>106</sup>

Também a Igreja não é imune à doença, basta lembrar que boa parte das pessoas infectadas pelo HIV são seus membros, isto é, fazem parte do corpo de Cristo. A Igreja corre o risco de negar-se a si mesma se não for ao encontro do doente e acolhendo-o como um dos seus. A AIDS não é um problema dos de fora, não é um problema dos “do mundo pecador”.<sup>107</sup> A AIDS é um problema comum da Igreja cristã em todo mundo. Por que, como bem o disse Gustavo Gutiérrez: “A

<sup>103</sup> ORLOV, 2005, p. 12-16.

<sup>104</sup> PEREIRA, Nancy Cardoso. *Igrejas e Aids (2): perspectivas bíblicas e pastorais*. Rio de Janeiro: Instituto de Estudos de Religião, 1990. p. 73.

<sup>105</sup> CAMUS, 1993, p. 156.

<sup>106</sup> EVANGELISCHEN KIRCHE IN DEUTSCHLAND, 2010, p. 7.

<sup>107</sup> PASTORAL DE DST/AIDS. *Igreja e Aids: Presença e Resposta*. Porto Alegre: DST/AIDS – CNBB, 2004. p. 105.

Igreja é o próprio mundo que vive na história e está orientado para o futuro prometido pelo Senhor”.<sup>108</sup>

A Igreja, conforme diz Sven-Erick Brodd, em seu artigo sobre os *Elementos eclesiológicos para entender “Igreja” na pandemia de HIV/AIDS*, também estão infectadas com AIDS<sup>109</sup>. É necessário reconhecer que existem, conforme o Conselho Mundial de Igreja no *Uma igreja de todos e para todos*<sup>110</sup>: muros de vergonha, de preconceito, de ignorância precisam ser derrubados para que a Igreja se torne comunidade inclusiva.<sup>111</sup>

É necessário que a Igreja volte a exercer o ministério do perdão. Isto significa eliminar o estigma imposto por um sistema cultural, onde a doença e no caso a pessoa com o HIV e a que desenvolveu a AIDS, também continua associado ao pecado. É assim que a comunidade pode se tornar inclusiva e acolhedora ajudando no processo de cura. Cura referindo-se à eliminação de sistemas opressivos e estigmatizantes, ao qual a pessoa que convive com HIV e a que desenvolveu a AIDS sempre de novo está exposto. Conforme o documento *Uma igreja de todos e para todos*, fala das pessoas com deficiência porque também não falar naqueles que são acometidos com doença. Esta idéia nos ajuda a dissociar a doença, a pessoa com o HIV, a que desenvolveu a AIDS de pecado e culpa. Assim podemos nos tornar uma igreja para todos:

Cada um de nós nasceu com dons e também fraquezas, a fim de que a obra de Deus seja em nós revelada. Quando pensamos em perdão, geralmente pensamos em culpa e redenção. Mas, em grego contemporâneo, a palavra “perdão” é synchoreisis, que significa literalmente “cabem juntos” (synchore-

---

<sup>108</sup> Gustavo Gutiérrez *apud* PASTORAL DE DST/AIDS, p.105.

<sup>109</sup> BRODD, 2010, p. 86s.

<sup>110</sup> CONSELHO MUNDIAL DE IGREJAS, 2005, p. 7.

<sup>111</sup> Este tem sido o convite da Igreja para toda a Igreja (comunidades e membros) através de seus documentos e temas, como indicam as cartas pastorais como a do presidente da IECLB Gottfried Brakemeier, sob o título AIDS, que teve um caráter mais informativo, mas também formativo, quando chama a comunidade a ser comunidade terapêutica e de ajuda mútua. Vide: em BRAKEMEIER, 1997, p. 26. Na mesma linha de pensamento também chamamos a atenção a “Campanha da Fraternidade” da Igreja Católica Romana que, no ano 1995, convidou as comunidades a vivência da misericórdia, a inclusão dos excluídos. Vide: CONFERENCIA NACIONAL DOS BISPOS NO BRASIL, 1994, p.62ss.

sis), “dividir o mesmo espaço” ou “abrir espaço para todos”. Quiçá esta compreensão nos ajude a dissociar deficiência de pecado e culpa.<sup>112</sup>

A AIDS e as pessoas com HIV são assim como todos os outros doentes um desafio permanente à Igreja. Elas são um chamado para a conversão da Igreja. A Igreja necessita fazer sua oração pela cura, por sua cura. Pedir a Deus que a cure de suas deficiências e carências e assim anime a viver e servir como comunidade que acolhe e possibilita dignidade e vida.<sup>113</sup> A Igreja tem responsabilidade no que se refere à doença como cuidadora do ser humano, ela é transmissora de valores e assim, precisa “pedir perdão a todas as pessoas que vivem com AIDS pelo nosso (seu) silêncio que, certamente contribuiu na exclusão e o preconceito e fez aumentar o seu sofrimento e de seus familiares”.<sup>114</sup>

A Igreja deve estar preocupada com o ser humano integral, conforme Martti Lindquist, em *A responsabilidade da Igreja pela promoção dos direitos humanos*:

[...] deve mostrar ao Estado como os direitos humanos podem ser protegidos e promovidos. E ainda mais – como Gustav Wingren coloca em seu artigo no “Ecumenical Review”: a igreja deve apontar a superficialidade das necessidades que a sociedade pode satisfazer. Nada é tão importante para o ser humano quanto ser amado por outro, e a respeito disso não há nada que o governo possa fazer...” Isto mostra o principal objetivo da Igreja. Ela deve mobilizar todos os recursos humanos para importar-se com os indivíduos, dar-lhes oportunidades de desenvolver suas próprias capacidades e dar-lhes a possibilidade de ter seu lugar próprio. Amar, ter e ser são necessidades de cada homem.<sup>115</sup>

É assim que Igreja necessita libertar o doente do estigma do pecado, libertando-o da culpa. Lembrando-se da pergunta feita a Jesus e na resposta que deu a respeito de quem é a culpa no caso da cegueira, do cego ou de seus pais, conforme relata o evangelho de João:

Os discípulos perguntaram: - Mestre, por que este homem nasceu cego? Foi por causa dos pecados dele ou por causa dos pecados dos pais dele? Jesus respondeu: - Ele é cego, sim, mas não por causa dos pecados dele nem por causa dos pecados dos pais dele. É cego para que o poder de Deus se mostre nele. (Jo 9.2-3).

<sup>112</sup> CONSELHO MUNDIAL DE IGREJAS, 2005, p. 24.

<sup>113</sup> KIRCHHEIM, 2002, p. 94.

<sup>114</sup> KRÜGER e ORLOV, 2006, p. 93. Outra referência: DEPARTAMENTO DE DIACONIA. *Carta às Comunidades*. Seminário Nacional sobre HIV/AIDS. Rodeio: IECLB, 2004.

<sup>115</sup> LINDQUIST, Martti. A responsabilidade da Igreja pela promoção dos Direitos Humanos. In: LISSNER, Joergen; SOVIK, Arne. *Direitos Humanos: uma coletânea Luterana sobre Direitos Humanos*. São Leopoldo: Sinodal, 1982. p. 177. Ver também: BRAKEMEIER, 1997, p. 25.

Ninguém escolheu ter AIDS, ninguém mereceu a doença. A Igreja, à medida que é o corpo de Cristo, seguindo o seu exemplo, não condena e nem marginaliza. Ela busca a dignidade de todas as pessoas e busca refazer as relações, ela luta por justiça. Se a Igreja quer ajudar no enfrentamento da doença, ela precisa denominar como pecado a discriminação e o estigma. Estes são contra a vontade de Deus, pois separam e matam. A Igreja tem uma fonte de vida para a luta contra a AIDS, que é o santo evangelho.<sup>116</sup>

Daniel Louw alerta a Igreja discorrendo sobre uma teologia da glória mostrando que esta teologia não reflete sobre o sofrimento humano ao convidar para uma vitória escatológica.<sup>117</sup> Ele convida para uma teologia da ressurreição, que tem no seu cerne a teologia da cruz, que revela a paixão e compaixão de um Deus sofredor. Apontando para um Deus que na sua decisão pelo humano sofre e se coloca ao lado do sofredor, morre morte de cruz e assim se coloca junto aos que morrem, não para silenciá-los, mas para denunciar o sofrimento e a morte, tornando-se consolo e fortaleza.

O sofrimento e a morte não são palavra final. A palavra final é revelada na ressurreição de Cristo e esta denuncia o sofrimento e a morte, apontando para a vontade de Deus, que é que todos tenham vida digna e em abundância:

Na cruz encontramos aquele que é “tudo em todos”, vivendo os extremos da sua humanidade e da sua divindade. O paradoxo da cruz serve para expressar a tensão entre realidades conflitantes: Na cruz está colocado o autêntico problema da história da humanidade: a miséria do mundo e a vitória sobre o mesmo.<sup>118</sup>

A teologia da cruz nos anuncia o Senhorio de Deus, a dignidade humana, a justiça e a paz. A fé na ressurreição é denuncia à estigmatização, ela redefine a vida humana (1 Co 15.15). Daniel Louw convida as igrejas à redescoberta teológica. Ele convida para a força, esperança e vida que provem do santo evangelho.<sup>119</sup> Necessitamos redescobrir o evangelho:

---

<sup>116</sup> CLIFFORD, Paula. *La Teología Cristiana y la epidemia VIH/SIDA*. Buenos Aires: Epifanía, 2005. p. 5s.

<sup>117</sup> LOUW, 2008, p. 437-442.

<sup>118</sup> WONDRAČEK, 2004, p. 75.

<sup>119</sup> LOUW, 2008, p. 437-442.

O cristianismo é gerador de esperança. Diante de tantas falas de morte e posicionamentos baratos, o cristianismo tem uma palavra de esperança e fé. A vida não termina para o portador do HIV. Quando descobre em nossos espaços, terrenos de esperanças, se encontrará motivado a viver integralmente cada minuto de sua vida. A igreja não pode privar uma pessoa de esperança como disse Neusa Ribeiro: “Jamais prive uma pessoa de esperança, pode ser que ela só tenha isso”.<sup>120</sup>

É tarefa da Igreja desenvolver um serviço de visitação. Na visitação, o visitador dispõe-se a ajudar naquilo que de fato pode ser feito pela outra pessoa. No diálogo pode sentir quando surge o momento de falar de Deus como Senhor da vida e de levar uma mensagem de esperança para o doente. Importante   que a comunidade crie um banco de dons e banco de tempo para poder servir como rede aos doentes e também os que se dispõem para o serviço de visitação, oferecendo-lhes também subsídios, informa o e forma o para a visitação. “Deus nos chama ainda hoje para sermos seus parceiros na edifica o de um mundo mais humano e justo. Isto implica em envolver-se com o próximo e participar no processo de liberta o e cura do mundo”.<sup>121</sup>

### **3.3 O ser humano tem dignidade**

Faz parte do fundamento da fé cristã que cada ser humano possui dignidade. A dignidade, segundo Gottfried Brakemeier, “ocupa lugar de destaque no rol das necessidades humanas”.<sup>122</sup> Dignidade que ele recebeu de Deus e que ninguém lhe tira. Esta dignidade   a base para toda convivência humana e o fundamento de todos os direitos humanos. “Com o sopro da vida, Deus impregnou cada pessoa com dignidade e importância”.<sup>123</sup> Esta dignidade se fundamenta no fato de o ser humano ser imagem de Deus, chamado para preservar e cuidar da cria o de Deus (Gn 1.26-28).<sup>124</sup> Esta dignidade   confirmada por Deus no nascimento e na vida de Jesus Cristo, imagem do Deus vivo (Cl 1.15-20), no qual Deus amou o mundo de tal maneira, que todo aquele que nele cr , tem a vida eterna (Jo 3.16).

---

<sup>120</sup> PASTORAL DE DST/AIDS, 2004, p. 109s.

<sup>121</sup> GAEDE NETO, 2004, p. 131.

<sup>122</sup> BRAKEMEIER, 2005, p. 43.

<sup>123</sup> CONSELHO MUNDIAL DE IGREJAS, 2005, p. 20.

<sup>124</sup> CONSELHO MUNDIAL DE IGREJAS, 2005, p. 14s.

Esta dignidade permanece até na morte: “Nada nos aparta do amor de Deus, porque a força vital da sua graça matou a própria morte”.<sup>125</sup>

Considerando que na fé cristã o ser humano é aceito por Deus, sabendo-se perdoado, ele é capacitado para a solidariedade e comunhão. Esta realidade sempre de novo deve ser lembrada e buscada na comunidade e na Igreja. O ser humano tem a capacidade para a solidariedade e comunhão, a relembrar como Jesus toca o intocável, vencendo a morte, o pecado e o mal.<sup>126</sup> O cristão não vive para si mesmo, ele se sabe enviado para o encontro com o outro (João 17.18; Mateus 25.31-46), com o doente. Ele a exemplo de Cristo é chamado a vencer o estigma que marginaliza:

Os evangelistas não afirmam que Jesus acabou de vez com a doença em seu tempo e em seu país. Ele não conseguiu curar todos os enfermos nem erradicar de vez as doenças. Mesmo assim causou impacto pela força com que restaurava a saúde das pessoas.<sup>127</sup>

O Cristão deve buscar a presença do doente, conviver oferecendo solidariedade e vivendo o perdão. Perdão que recebeu de graça e que deve compartilhar de graça, conferindo assim dignidade ao que encontra (Mt 25.31-46, Tg 5.14-16). A solidariedade com o doente não é uma opção para a Igreja, para o cristão, ela faz parte do seu ser e do seu chamado. Isto implica e convida conforme *a Carta as Comunidades, do Seminário Nacional sobre HIV/AIDS, 2004 da Igreja Evangélica de Confissão Luterana no Brasil*, ao “resgate de valores éticos cristãos como fidelidade, solidariedade, a esperança e o amor nos relacionamentos humanos”.<sup>128</sup>

### 3.4 Comunidade é lugar de acolhimento

A comunidade é o local por excelência de acolhida e ajuda. Ela é constituída de pecadores justificados. Ela não se constitui de pessoas santas, mas santificadas

---

<sup>125</sup> WONDRAČEK, 2004, p. 79.

<sup>126</sup> LAEMMEL, 2011, p. 13-19.

<sup>127</sup> BRAKEMEIER, Gottfried. *O segredo do milagre*. São Leopoldo: Sinodal, 2012. p. 29.

<sup>128</sup> KRÜGER e ORLOV, 2006, p. 94

pelo amor e pela graça de Deus. Santificação que não exclui, mas que busca e salva o perdido:

Visto que Deus justifica não só a mim, e, sim, a totalidade de sua criação, muda também a minha relação com esta. Vejo as pessoas e a natureza pelo enfoque do amor que Deus lhes tem. A misericórdia, demonstrada por Deus a mim, torna-se para mim a experiência determinante da vida e o compromisso ético por excelência.<sup>129</sup>

Comunidade é lugar de oração e intercessão, é lugar de inserção e cura. “A missão com a qual Jesus incumbe a comunidade consiste no ensinar, pregar e curar”.<sup>130</sup>

A comunidade é terapêutica em meio a dor e o sofrimento, à medida que inspirada em seu Senhor vê, acolhe, apoia, dá espaço e age por aqueles que sofrem (Jo 6.1-15). Ela tem “um mandato de consolação (2 Co3.5), de reconciliação (2 Co 5.19), de amor (I Co 4.13) e de ministério (Mt 25.35-37).”<sup>131</sup> A comunidade tem a possibilidade de construir redes de apoio – ser lugar que oferece e possibilita amizade, respeitando a realidade da dor, dispondo-se a caminhar com o que sofre, não com respostas prontas, deixando-os falar de sua aflição, desencanto e desamparo.<sup>132</sup>

As comunidades não podem mais se omitir ou negar a presença de pessoas com o HIV. Enquanto que as comunidades e a própria Igreja silenciam, permanecem paralisadas. Com medo de se expor, elas acabam se omitindo de sua tarefa evangélica, perdendo a oportunidade de conscientizar e de manifestar a sua solidariedade com os doentes e afetados. A Igreja não pode ficar estagnada, aguardando, ela precisa se posicionar, enfrentar e agir. A epidemia traz a urgência e a igreja precisa se encorajar, não tendo medo da crítica. A comunidade deve trabalhar na prevenção da AIDS, com seminários informativos, capacitando e treinando pessoas para o enfrentamento da epidemia, a exemplo da atuação de seu Senhor na comunidade e na sociedade:

Muitas conquistas foram alcançadas devido à solidariedade e mobilização incansável de pessoas e grupos, que não se deixaram abater pelas

---

<sup>129</sup> BRAKEMEIER, 2005, p. 92.

<sup>130</sup> KIRCHHEIM, 2002, p. 96.

<sup>131</sup> CONSELHO MUNDIAL DE IGREJAS, 1993, p. 4.

<sup>132</sup> WONDRAČEK, 2004, p. 103. Ou ainda: HERTEL, 2003, p. 35.

dificuldades de enfrentar uma doença nova, desconhecida e que trazia consigo os estigmas de assuntos pouco ou nada discutidos: morte, sexualidade fora dos padrões, prostituição, família, fidelidade, saúde da mulher, drogas. Esta doença tão terrível, apesar de tão jovem, nos ensinou e, tem ensinado, tantas coisas a respeito de nosso relacionamento com as outras pessoas. Nunca se teve tanto cuidado com a saúde, sua e da outra pessoa, nunca se teve tanta mobilização e cooperação de pessoas, grupos e empresas, das mais diversas naturezas e objetivos. A AIDS nos mostrou que é preciso solidariedade, educação, informação, apoio e principalmente prevenção, pois para uma doença que ainda não tem cura, o melhor remédio é a prevenção, que se dá através do diálogo, da abertura de portas e espaços para atuação e vivência solidária. Assim, quem sabe, estaremos possibilitando caminhos de esperança.<sup>133</sup>

Por isso há a necessidade de formação dos membros da comunidade e de sensibilizá-los a respeito da importância do trabalho de acolhimento e ajuda às pessoas com o HIV e às que desenvolveram a AIDS. E ainda de formar grupos de apoio para situações de morte. Necessidade de treinamento de pessoas para uma pastoral da solidariedade para com o doente e seus afetados, seus familiares, amigos e até comunidade. Formando equipes de visitantes e acolhida e incentivando as visitas, desenvolvendo um trabalho pastoral terapêutico.

A visita ou visitação assume importância na economia da salvação. As visitas sempre tiveram um caráter messiânico. O relacionamento Deus homem começa com um encontro entre ambos, sendo que Deus toma a iniciativa, indo em busca da criatura.<sup>134</sup>

É necessário assim, como termina a *Carta às Comunidades*, do Seminário Nacional sobre HIV/AIDS, 2004, da Igreja Evangélica de Confissão Luterana no Brasil: “apesar de nossas diferenças, pudemos quebrar o silêncio e dar um passo importante para “restaurar a dignidade” humana. Que Deus chame ainda outras pessoas para fazer o mesmo em nossa Igreja”.<sup>135</sup>

É necessário redescobrir a comunidade como lugar de apoio fraterno, lugar onde é possível soltar e buscar novas forças, lugar onde é vivido o mandamento de Cristo, o amor: “Ajudem uns aos outros e assim vocês estarão obedecendo à lei de Cristo” (Gl 6.2). Conforme Karen Hellen Kepler Wondracek a pessoa com HIV e a

<sup>133</sup> OLIVEIRA, 2013.

<sup>134</sup> LIZ, João Pedro De. Ministério da Visitação: Elementos para uma Prática de Aconselhamento Pastoral. In: HOCH, Lothar Carlos e NOÉ, Sidnei Vilmar. *Comunidade Terapêutica: Cuidado do ser através de relações de ajuda*. São Leopoldo: Sinodal/EST, 2003. p. 119.

<sup>135</sup> KRÜGER e ORLOV, 2006, p. 95.



que desenvolveu a AIDS e seus afetados estão confusos e em crise. Falando do encontro do Jesus ressuscitado com os irmãos de Emaús, vê nesta confusão e crise possibilidade de encontro:

A confusão faz com que se abram para acolher a companhia de outro viajante, estabelecendo um diálogo com ele. A falta de rumo faz com que procure ajuda... esta é a rica abertura que as crises provocam. Jesus Cristo apresenta-se como parceiro de caminhada, respeitando a realidade de dor, aberto à escuta. Mostra-se companheiro, disposto a trilhar o mesmo caminho.<sup>136</sup>

É desafio para a Igreja redescobrir sua função de ouvir e absolver, redescobrir seu chamado de perdoar, de ungir seus enfermos, impor-lhes as mãos, orar e assim possibilitar qualidade de vida (Jo 20.19-23). Tornando-se “um sinal visível da visitação de Deus, Deus conosco”.<sup>137</sup> Apresentando-se como Jesus, como parceiro de caminhada. Solidarizando-se com os doentes, apoiando as suas lutas, suas organizações, abrindo-se:

Inclusive, oferecendo espaço para Centros de Convivência e acolhida para portadores do vírus HIV, leprosos, drogados. Casas de Acolhimento aos desabrigados e meninos e meninas de rua; atendimento e promoção das mulheres prostituídas;... Privilegiar o serviço fraterno aos mais pobres dentre os pobres e ajudar as instituições que cuidam deles; os deficientes, enfermos, idosos crianças abandonadas, presos, portadores do HIV e todos aqueles que requerem a proximidade misericordiosa do “bom samaritano”.<sup>138</sup>

A comunidade pode e deve tornar-se lugar para reconstrução das perdas do doente e seus familiares. Ela deve ajudar as pessoas com o HIV e AIDS, bem como todos os seus na sua reinserção e reintegração na sociedade, lembrando da prática de Jesus, que não separou os doentes do mundo em que viviam, mas os enviava de volta, para que se mostrassem aos sacerdotes, que voltassem. E assim,

Tornar visível e presente onde muitos pensam que Deus está ausente. Acreditamos que nossa missão divina só pode ser posta em prática quando as Igrejas se dispõem a caminhar entre os seres humanos, quando seus participantes podem dizer: “Nós ouvimos o clamor do nosso povo!  
Ver os seres humanos com os olhos de Deus, ouvi-los com os ouvidos de Deus – desafio para a Igreja, para dar significado à palavra salvação:  
Onde há fome  
a salvação aparece na forma de pão.  
Onde o pecado é pesaroso

<sup>136</sup> WONDRACEK, 2004, p. 103.

<sup>137</sup> KIRCHHEIM, 2002, p.96.

<sup>138</sup> CONFERENCIA NACIONAL DOS BISPOS DO BRASIL, 1994, p. 108s.

a salvação aparece na forma de perdão.  
Onde as pessoas são subjugadas  
a salvação aparece na forma de dignidade.  
Onde as pessoas estão sozinhas  
a salvação aparece na forma de companheirismo.  
Onde as coisas não tem sentido  
a salvação aparece na forma de fé e esperança.  
Onde a morte é uma ameaça  
a salvação aparece na forma de uma mensagem de  
ressurreição, promessa de nova vida.  
(Na sua presença, livro de orações).<sup>139</sup>

---

<sup>139</sup> PEREIRA, 1990, p. 87s.



## CONCLUSÃO

É loucura ver que pouco ou nada se aprendeu da história, que, muitas vezes, continua como na antiguidade, na idade média, que os leprosos, os loucos, os tuberculosos, que as pessoas que convivem com o HIV as pessoas que desenvolveram a AIDS continuam, como a peste no passado, sendo separados e estigmatizados. Assim condenam-se milhares de pessoas para a margem da vida e da sociedade. É triste ver que também a Igreja pouco ou nada fez e faz para mudança deste quadro. Que o preconceito ainda fala mais alto que o direito à vida. Que a morte ainda vence a vida.

Que imagem de Deus cultivamos, que imagem de Deus transmitimos e vivemos? Estes são temas que necessariamente precisam ser trabalhados nas igrejas e nas comunidades. Sim, que imagem de Deus eu transmito, com minha postura de vida, com minhas palavras e ações? Este trabalho na busca e na reflexão sobre a ação da Igreja no cuidado pastoral a pessoas que convivem com o HIV a as pessoas que desenvolveram a AIDS quer ser um início nesta reflexão. Ele convida a uma postura nova, de não ver quem convive com o HIV como doente e a pessoa que desenvolveu a AIDS como a doença, mas mais uma doença, que está aí ao lado de outras, tentando assim vencer o estigma no cuidado da pessoa que convive com o HIV.

Qual é a postura da Igreja e dos cristãos? Também hoje sua postura deveria ser a de denunciar a injustiça da discriminação, o pecado do preconceito e do estigma e proclamar o direito, direito à vida digna, que se fundamenta na palavra de Deus. É desafio às igrejas e assim aos cristãos viver e criar espaços de acolhida, “ajudem uns aos outros” (Gl 6.2), viver os mandamentos de Deus, nos confirmados e vividos por Cristo, no amor ao Pai e ao próximo como a si mesmo.

É tarefa da Igreja cuidar dos doentes, bem como dos cuidadores. Há muito tempo as igrejas não se tem pronunciado sobre a pessoa que convive com HIV e a pessoa que desenvolveu a AIDS. Tem relegado isto ao poder público. Para a Igreja a pessoa com o HIV e a pessoa que desenvolveu a AIDS é possibilidade de redescoberta. Redescoberta e volta ao seu chamado, do próprio evangelho, de seu lugar na sociedade e de sua missão no mundo. É tempo de rebuscar o evangelho,

que é inclusivo, não exclusivista. Precisa caminhar conforme o seu Senhor, em direção dos pequeninos, empobrecidos e estigmatizados, denunciando o pecado da injustiça e anunciando e vivendo a justiça, o direito à vida digna de todos.

Como Igreja nós necessitamos exercitar a acolhida, o cuidado do outro, para a cura da vida, também da nossa vida, auxiliando na formação de redes de acolhimento, de apoio e ajuda. Há a necessidade de uma nova manifestação da Igreja denunciando e condenando a exclusão, que muitas vezes acontece nela e através dela, como pecado da Igreja. Ela deve convidar as pessoas a ver a doença, como mais uma doença, permitindo a acolhida do doente a viver comunidade como um lugar terapêutico e de inclusão, informando e fomentando a formação de grupos de apoio e acolhida de doentes, de pessoas em sofrimento e seus familiares.

Há que se considerar que a comunidade é lugar de acolhida, que deve viver acolhimento e estendê-lo aos que sofrem e que estão fora dela. Há que se considerar que cura não é ausência de doença, que saúde não é ausência de um mal físico. Que posso ter saúde estando com uma doença, que posso viver uma vida saudável sofrendo de um mal físico. Que doença não é fruto de um pecado. Que pecado não é fruto de uma situação vivida, mas é, isto sim, fruto de uma condição nascida. Que somos todos e todas pessoas “carentes da graça e do amor de Deus”. Graça e amor de Deus que nos são alcançadas através da morte e ressurreição de Cristo onde justifica toda a sua criação da dor e do sofrimento. Graça e amor que querem ser vivido entre nós para a cura da vida.

Como ministros há a necessidade maior do conhecer a si mesmo, conhecer profundamente a doença e o doente, bem como a estrutura de cuidado pública existente, possibilidades de cuidado e ajuda que ela oferece. De conhecer os direitos da pessoa doente e os deveres constitucionais do Estado. Há a necessidade de aprofundamento na pesquisa para o acompanhamento a pessoas doentes com doença crônica e terminal. É necessário redescobrir que há vida também na morte, há bem mais do que vemos e julgamos saber. Faz-se necessário avaliar valores e se dispor a partir do evangelho para o “diferente”, que o evangelho a partir do perdão e da reconciliação com Deus não se funda em julgamentos humanos, mas na justiça de Deus, que ama, procura, resgata, dá sua própria vida por nós, convidando-nos a agir de forma nova amorosa, acolhedora para com o outro, também no que se refere

à sexualidade humana. Também no que se refere à sexualidade humana a criação de Deus não é uniforme, antes multiforme e inclusiva.

Falando de sexualidade é necessário não falar de leis, mas de humanidade, de pessoas. Falamos de pessoas que por causa do estigma que recebem, por causa da doença, estão amedrontadas, inseguras. Pessoas que foram deixadas sozinha, abandonadas, que estão à procura de si mesmas e daquele ou daquilo para o qual Deus as criou. Todos temos dignidade, fomos e foram criados à imagem de Deus, somos filhos do mesmo Pai. São necessitados de nossa disposição de diálogo. Por outro lado, necessitamos de sua rica experiência e visão da vida. A pergunta que permanece é: onde está o seu lugar na nossa comunidade? Afinal, o que nos liga é o presente da vida, o perdão divino, da paz e do amor. São estes os presentes que enriquecem a vida. É tempo de cuidado, de levar as cargas uns dos outros. De nos aceitarmos mutuamente. Pois, bem aventurados são os misericordiosos, porque alcançarão a misericórdia. Bem aventurados são os que têm fome e sede de justiça, porque serão saciados. Falar de HIV é falar de misericórdia, de justiça e de direito, é não falar de morte, mas de vida.

Tanto na visitação hospitalar quanto nas comunidades, com os visitantes e na sociedade o preconceito diante do diferente, especialmente do doente, necessitam sempre de novo ser trabalhados e denunciados. Assim também o pecado, não do doente, nem do que julgamos diferente, mas daquele que julga e se julga saudável, normal ou melhor. Entre os cristãos, em especial os evangélicos, há a necessidade de trabalhar a acolhida, o preconceito, o conceito de pecado e o estigma. Paradigmas que sempre de novo necessitam ser questionados, pois expõem e tornam em especial este grupo vulnerável no enfrentamento da epidemia.

O presente estudo possibilitou encontro com diferentes realidades, culturas, línguas e casas de formação. Possibilitou o olhar da doença, para a pessoa com o HIV e AIDS a partir de diferentes contextos. Permitiu aprofundamento na fé que nos une. E a pesquisa em uma área específica do trabalho pastoral, perguntando sobre a ação da Igreja no acompanhamento pastoral a pessoas com HIV/AIDS, trazendo novos desafios para o mesmo.

Como conclusão cito uma poesia, que para mim resume o desafio para o cristão em todos os tempos e situações e em especial como desafio e conduta de vida. Poesia que está na contracapa da Revista do CEM, Ano X, n. 2, 1988. A revista é introduzida com as palavras: “O sonho de Deus se realizará quando você, eu, nós estendermos as mãos ao aflito, injustiçado e oprimido”.

**O Sonho de Deus:**

E Deus sonhou...  
 sonhou... sonhou...  
 desse sonho nasceu o mundo,  
 tudo o que nele há, e também o homem e a mulher,  
 Deus os fez “coroa da criação”.  
 Um dia a humanidade deixou de sonhar,  
 mas Deus teve para com ela  
 um sonho de amor,  
 sonhou... sonhou...  
 e se encarnou em Jesus Cristo,  
 “porque amou o mundo de tal maneira  
 que deu Seu filho único e amado  
 para salvá-lo.  
 E o sonho de Deus continuou  
 nos milagres do Filho,  
 na Sua mensagem,  
 na Sua entrega à cruz.  
 Porém, o sonho não terminou.  
 Cristo disse: “Vou para o meu Pai,  
 mas deixo-lhes um Consolador.  
 Deus continua a sonhar,  
 Seu sonho se realizará,  
 quando Você, Eu, Nós  
 estendermos as mãos ao  
 aflito, injustiçado, oprimido.  
 Quando formos: “Igreja a Caminho de uma  
 Esperança Solidária”,  
 e assim deus sorrirá feliz...  
 porque: Ele é amor.<sup>140</sup>

---

<sup>140</sup> LICHTENFELS, Ivo. Como Acompanhar Aidéticos. *Revista do Cem*, Porto Alegre, ano X, n. 2, 1988. Publicação do Centro de Elaboração de Material (CEM) da Igreja Evangélica de Confissão Luterana no Brasil. p.18s. Extraído do livro “Consecha de Esperanza”, editado pelo Conselho Latinoamericano de Igrejas

## REFERÊNCIAS

- ABBADE, Áurea Celeste da Silva e BAIÃO, Fátima. Construindo a cidadania para abrir as portas do SUS. In: ABBADE, Áurea Celeste da Silva (Coord.). *Direitos humanos e HIV/AIDS: abrindo as portas para o SUS*. São Paulo: GAPA-BR/SP, 2008.
- ANGERAMI-CAMON, Valdemar Augusto. *Tendências em Psicologia Hospitalar*. São Paulo: Pioneira Thomson Learning, 2004.
- BIBLIA. Nova Tradução na Linguagem de Hoje. Barueri : Sociedade Bíblica do Brasil, 2000.
- BENJAMIM, Alfred. *A entrevista de Ajuda*. São Paulo: Martins Fontes, 2011.
- BRAKEMEIER, Gottfried. *O segredo do milagre*. São Leopoldo: Sinodal, 2012.
- BRAKEMEIER, Gottfried. *O ser humano em busca de identidade*. São Leopoldo e São Paulo: Editora Sinodal e Paulus, 2005.
- BRAKEMEIER, Gottfried. *Por Paz e Justiça*. Manifestos da Presidencia da Igreja Evangélica de Confissão Luterana no Brasil 1986-1994. São Leopoldo: Gottfried Brakemeier, 1997.
- BRODD, Sven-Erick. Elementos eclesiológicos para entender “igreja” na pandemia de HIV/AIDS. *Estudos Teológicos*. São Leopoldo, v. 50, n. 1, p. 82-101, 2010.
- BUTZKE, Paulo Afonso (Org.). *Não me desampares: acompanhamento a pacientes terminais*. Blumenau: Sínodo Vale do Itajaí – IECLB, 2005.
- CAMUS, Albert. *A Peste*. 3. ed. Rio de Janeiro: Editora Record, 1993.
- CLIFFORD, Paula. *La Teología Cristiana y la epidemia VIH/SIDA*. Buenos Aires: Epifanía, 2005.
- CLINEBELL, Howard J. *Aconselhamento Pastoral*. São Leopoldo e São Paulo: Editora Sinodal e Edições Paulinas, 1987.
- CONFERÊNCIA NACIONAL DOS BISPOS DO BRASIL. *Campanha da Fraternidade 2012: Manual*. Brasília: Edições CNBB, 2011.
- CONFERÊNCIA NACIONAL DOS BISPOS DO BRASIL. *Eras Tu, Senhor?! –manual*. São Paulo: Editora Salesiana Dom Bosco, 1994.
- CONFERÊNCIA NACIONAL DOS BISPOS DO BRASIL. *Pastoral DST/Aids. Viu e teve compaixão... Igreja e Aids*. Fortaleza: [CNBB - Pastoral DST/Aids], 2002.
- CONSELHO MUNDIAL DE IGREJAS. *Ouvindo com amor*. Disponível em: <[http://vd.pcn.net/es/index.php?option=com\\_docman&task=doc\\_view&gid=23&tmpl=component&format=raw&Itemid=30](http://vd.pcn.net/es/index.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=23&tmpl=component&format=raw&Itemid=30)>. Acesso em: 1 jul. 2013. p. 21.



CONSELHO MUNDIAL DE IGREJAS. Rede Ecumênica em Defesa das Pessoas com Deficiência. *Uma Igreja de todos e para todos: uma declaração teológica provisória*. São Paulo: ASTE, 2005.

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

CUSHING, Harvey. Die Wahrheit am Krankenbett. In: BOWERS, Margaretta K. et al. *Wie können wir Sterbenden helfen?* München: Kaiser, 1971.

DEPARTAMENTO DE DIACONIA. *Carta às Comunidades*. Seminário Nacional sobre HIV/AIDS. Rodeio: IECLB, 2004.

DREHER, Martin. *Conversando sobre Espiritualidade*. São Leopoldo: Sinodal, 1990.

EVANGELISCHEN KIRCHE IN DEUTSCHLAND (EKD). *Für ein Leben in Würde*. Die globale Bedrohung durch HIV/Aids und die Handlungsmöglichkeiten der Kirche. Eine Studie der Kammer der EKD für nachhaltige Entwicklung. Texte 91. Hannover: EKD, 2007

O QUE É AIDS. *Revista Ultimato*. Viçosa, ano 34, n. 300, mai-jun., 2006.

FLAHERTY, Joseph et al. *Psiquiatria: diagnóstico e tratamento*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1990.

FONSECA FILHO, José de Souza. *Psicodrama da loucura: correlações entre Buber e Moreno*. São Paulo: Ágora, 1980.

FÜLLKRUG-WEITZEL, Cornelia. *Was ist Kirche im Angesicht von AIDS?* Tübingen: Deutsches Institut für Ärztliche Mission, Difäm zum Thema, 2003.

GAEDE NETO, Rodolfo et al (Org.) *Práticas Diaconais: Subsídios Bíblicos*. São Leopoldo: Sinodal/EST/Cebi, 2004.

GENEST, Hartmut. Seelsorge angesichts von Schuld und schuldgefühl. In: *Handbuch de Seelsorge*. 1. Auflage. Berlin: Evangelische Verlagsanstalt GmbH. 1983. p. 479-508, à p. 493. FRIEDEL, 1965.

GIACOMINI, Paulo. A gente quer remédio, direito ao pão de cada dia e um pouco de circo de vez em quando. In: ABBADE, Áurea Celeste da Silva (Coord.). *Direitos humanos e HIV/AIDS: abrindo as portas para o SUS*. São Paulo: GAPA-BR/SP, 2008.

GOTTWALD, Bruno. *O papel do assistente espiritual no ambiente hospitalar*. Curitiba, II Congresso Brasileiro Ecumênico de Assistência espiritual, 1-3 out. 2001. Anotações feitas durante a palestra proferida por Bruno Gottwald no II Congresso Brasileiro Ecumênico de Assistência espiritual, Pontifícia Universidade Católica do Paraná.

HERTEL, Hildegart. Redes sociais e qualidade de vida. In: HOCH, Lothar Carlos e NOÉ, Sidnei Vilmar. *Comunidade Terapêutica: Cuidado do ser através de relações de ajuda*. São Leopoldo: Sinodal/EST, 2003.

IGREJA EVANGÉLICA DE CONFISSÃO LUTERANA NO BRASIL. *Hinos do Povo de Deus*: hinário da Igreja Evangélica de Confissão Luterana no Brasil. São Leopoldo: Sinodal, 1981.

IMBER-BLACK, Evan. *Os segredos na família e na terapia familiar*. 2 ed. Porto Alegre: Artmed, 2002.

*Intendência*. In: HOUAISS, Antônio e VILLAR, Mauro de Salles. Minidicionário Houaiss da língua portuguesa. Editora Objetiva: Rio de Janeiro, 2004.

JORNAL CENTENÁRIO. São Leopoldo, n. 17, fev. 2011. Jornal de Circulação Interna. Fundação Hospital Centenário e Conselho Geral dos Servidores do Hospital Centenário.

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

KIRCHHEIM, Huberto. *Novo jeito de ser Igreja: textos selecionados do Pastor Presidente da Igreja Evangélica de Confissão Luterana no Brasil, de 1994 a 2002*. São Leopoldo: Sinodal, 2002.

KRÜGER, René e ORLOV, Lisandro (Edit.). *Para que puedan vivir: La comunión luterana escucha e responde em el VIH y sida*. Buenos Aires: El autor, 2006.

LAEMMEL, Roberto. Marcos 1.21-2.12: Porque o Filho do homem tem na terra autoridade. *Caminho e Testemunho*, São Bento do Sul, v. 9, n. 1, p.13-19, dez. 2011.

LICHTENFELS, Ivo. Como Acompanhar Aidséticos. *Revista do Cem*, Porto Alegre, ano X, n. 2, 1988. Publicação do Centro de Elaboração de Material (CEM) da Igreja Evangélica de Confissão Luterana no Brasil.

LINDQUIST, Martti. A responsabilidade da Igreja pela promoção dos Direitos Humanos. In: LISSNER, Joergen; SOVIK, Arne. *Direitos Humanos: uma coletânea Luterana sobre Direitos Humanos*. São Leopoldo: Sinodal, 1982.

LIZ, João Pedro De. Ministério da Visitação: Elementos para uma Prática de Aconselhamento Pastoral. In: HOCH, Lothar Carlos e NOÉ, Sidnei Vilmar. *Comunidade Terapêutica: Cuidado do ser através de relações de ajuda*. São Leopoldo: Sinodal/EST, 2003.

LOUW, Daniël. *Cura vitae: illness and the healing of life in pastoral care and counseling: a guide for caregivers*. Wellington, South Africa: Lux Verbi. 2008.

MILLER, William R., ROLLNICK, Stephen. *Entrevista Motivacional*. Porto Alegre: Artes Médicas, 2001.

MINISTÉRIO DA SAÚDE – Departamento de DSTs, AIDS e Hepatites Virais. *História da AIDS*. Disponível em: <<http://www.aids.gov.br/pagina/historia-da-aids>>. Acesso em: 1 jul. 2013.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. *Política Brasileira de Enfrentamento da Aids – 2012*. Disponível em: <[http://www.aids.gov.br/sites/default/files/anexos/publicacao/2013/53077/em\\_portugu\\_s\\_93155.pdf](http://www.aids.gov.br/sites/default/files/anexos/publicacao/2013/53077/em_portugu_s_93155.pdf)>. Acesso em: 9 jul. 2013.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Política Nacional de Humanização: Humaniza SUS*. Brasília: Ministério da Saúde, 2003. Disponível em: <[http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/doc\\_base.pdf](http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/doc_base.pdf)>. Acesso em: 3 jul. 2013.

NOÉ, Sidnei Vilmar. *Espiritualidade e Saúde: Da cura d'almas ao cuidado integral*. São Leopoldo: Sinodal/EST. 2004.

NOÉ, Sidnei Vilmar. HIV/AIDS: Transformando a comunidade em espaço de solidariedade. In: DEPARTAMENTO DE DIACONIA. Igreja Evangélica de Confissão Luterana no Brasil. *Deus em tua graça transforma o mundo*. 9º Dia Nacional da Diaconia. Porto Alegre: IECLB, 10 abr. 2005.

HOPP, Walter. *Cuidando de si, do outro e o cuidado de Deus*. São Leopoldo, XVII Convenção de Irmãs Diaconisas – Casa Matriz das Diaconisas, 29-31 jul. 2012. Palestra proferida pelo autor desta dissertação na XVII Convenção de Irmãs Diaconisas.

OLIVEIRA, Marcos Aurélio de. *AIDS – Prevenção e solidariedade*. Disponível em: <<http://www.luteranos.com.br/conteudo.php?idConteudo=13638>>. Acesso em: 10 jul. 2013.

OLIVEIRA, Roseli Kühnrich de e HEIMANN, Thomas. Cuidando de cuidadores: um olhar sobre os profissionais de ajuda a partir do conceito de cuidado integral. In: NOÉ, Sidnei Vilmar (Org). *Espiritualidade e Saúde: da cura d'almas ao cuidado integral*. São Leopoldo: Sinodal, 2004.

OLIVEIRA, Roseli M. Kühnrich de. *Pra não perder a alma: o cuidado aos cuidadores*. São Leopoldo: Sinodal, 2012.

ORLOV, Lisandro. *Acceso universal y derechos humanos: mensagem de la Pastoral Ecueménica VIH y sida para el día mundial del sida 2009*. Buenos Aires: Epifanía, 2010.

ORLOV, Lisandro. *Asumamos el liderazgo. Detengamos el SIDA: mensaje de Iglesias, Redes y Organizaciones para El Día mundial del SIDA*. Buenos Aires: Epifania. [s.d.].

PASTORAL DE DST/AIDS. *Igreja e Aids: Presença e Resposta*. Porto Alegre: DST/AIDS – CNBB, 2004.

PEREIRA, Nancy Cardoso. *Igrejas e Aids (2): perspectivas bíblicas e pastorais*. Rio de Janeiro: Instituto de Estudos de Religião, 1990.

SCHNEIDER-HARPPRECHT, Christoph. *Como acompanhar Doentes*. São Leopoldo: Sinodal, 1994.

SEITZ, Manfred. *Prática da Fé*. São Leopoldo: Editora Sinodal, 1990.

SIDEKUM, Antônio. *A intersubjetividade em Martin Buber*. Porto Alegre, Caxias do Sul: EST/UCS. 1979.

SONTAG, Susan. *AIDS e suas metáforas*. São Paulo: Cia de Letras, 2007. p. 137-138. FRIEDEL, Erich. *Handlanger auf Gottes Bauplatz*. Berlin: Evangelische Verlagsanstalt GmbH. 1965.

TELES, Leandro Silva. *Hospital Moinhos de Vento 1912-1972*. Porto Alegre: Grupograf S/A – Artes Gráficas e Embalagens, 1972.

WINKLER, Eberhard. Seelsorge na Kranke, Sterbenden und Trauernden. In: BECKER, Ingeborg. *Handbuch der Seelsorge*. Berlin: Evangelische Verlagsanstalt, 1983. p. 405-421.

WONDRACEK, Karin Hellen Kepler. *Aprendendo a lidar com crises*. 3 ed. São Leopoldo: Sinodal, 2004.



## **APÊNDICE A**

### **FACULDADES EST**

Mestrado Profissional em Teologia.

Linha de pesquisa: HIV/AIDS e teologia.

Disciplina: Bíblia e HIV/AIDS

Aluno: Walter Hoppe

Assunto: Salmo 23 - Leitura e reflexão a partir da realidade HIV/AIDS.

São Leopoldo, 02 de julho de 2012.

---

ICH LOBE DICH VON GANZER SEELE. Alle 150 Psalmen mit Auslegung. Herausgegeben von Walter Kasper, Walter Klaiber, Eduard Lohse, Paul-Werner Sheele, Theodor Shober, Theo Sorg. Stuttgart, 1985. Kreuz Verlag.

KIDNER, Derek. Salmos 1-72 introdução e comentário. Série Cultura Bíblica. 1ª edição 1980. Sociedade Religiosa Edições Vida Nova. São Paulo.

WOOD, George O. Um Salmo em seu Coração. Casa publicadora das Assembléias de Deus. Rio de Janeiro 2006.

Algumas pessoas têm palavras, outras têm lembranças, outras ainda têm palavras e lembranças que ajudam no caminho. É quase como um nascente na qual recebem água fresca. O Salmo 23 é uma destas palavras, que pessoas carregam no seu coração, na sua mente. Este é alias um dos salmos, uma das palavras que procuro pouco a pouco decorar, saber de coração com meus confirmandos. Saber de cor não é só saber na ponta da língua, é muito mais deixar que aquelas palavras achem espaço em nosso coração, seja um caminho que se percorre e ao qual sempre de novo se pode retornar. Um salmo que fala e lembra Deus, de quem ele é, do seu jeito para conosco e de quem nós somos para ele. “O Senhor é o meu pastor, nada me faltara.” Esta é uma palavra de confiança e de entrega. Uma palavra que convida a confiar no cuidado e ao seguimento de Deus. Lembra que Deus é pastor, não como os pastores humanos, que também assim deveriam sê-los aqueles que estão aí para o cuidado dos doentes e enfraquecidos. Sim Deus não é pastor simplesmente, ele é o bom pastor como nos testemunha o evangelho, aquele que

conhece suas ovelhas, que dá a sua vida por elas, que convida a conhecê-lo. A figura do pastor nos convida a relação com ele, já não estamos sós no caminho. Nesta relação, que quer ser uma relação de intimidade, nada nos faltará. Terremos o necessário para satisfazer nossa fome e sede de vida. “Ele me conduz a pastos verdejantes e me leva para junto das águas tranquilas.” Nele caminharemos numa vida que trás e não tira vida, porque é uma vida que lhe quer ser agradável – “me faz caminhar pelas veredas da justiça por amor de seu nome”. Uma vida mesmo que limitada, mesmo que sabendo do seu fim, não teme. Não teme porque tem alguém que nos cuida, que caminhou a nossa frente, “tua vara e teu cajado me consolam”. Alguém para quem eu sou alguém, que me conhece pelo nome. Ainda que eu ande pelo vale da sombra da morte, para Martin Buber, a sepultura, também lá onde todos se separam de nós e onde nós nos separamos, ele Deus continua fiel, é vara e cajado, guarda e guia, ele também lá está – em seu Filho Jesus o Bom Pastor, o crucificado e ressurreto. Nele, no bom pastor, não somente temos esperança agora, para agora, também quando estamos sós o deixados sozinhos. No preparar da mesa na presença dos inimigos, ele nos aponta para relações renovadas e refeitas – para o perdão que necessitamos receber e estender aos outros, para o perdão que necessitamos nos dar. No cálice que transborda a alegria do encontro com ele e com os outros. Encontro cheio de vida, que não quer somente acontecer agora, mas todos os dias de nossas vidas. Vidas que são mais do que dizem, pensamos e vemos. Vidas que alcançam mais longe que nossos olhos, que alcançam até os céus. Uma palavra que nos mostra acolhida, que somos acolhidos por Deus que nos cuida e que nos conduz, também quando não sentimos, não vemos, não compreendemos, que cuida de nós, nos prepara um lugar e nos aguarda nele, sua casa. “Eu sou o bom pastor. O bom pastor dá a vida pelas ovelhas.” (Jo 10.10-11).

Walter Hoppe.

## **ANEXO A – Regimento**

### **FUNDAÇÃO HOSPITAL CENTENÁRIO - SL - RS**

#### **REGIMENTO INTERNO PARA**

#### **ASSISTENTES ESPIRITUAIS E VISITADORES**

ASSISTENTES ESPIRITUAIS e VISITADORES são todos os representantes de Igrejas Cristãs, devidamente credenciadas conforme os termos deste Regimento. .

#### **I. ADMINISTRAÇÃO:**

1. Os Assistentes Espirituais e Visitadores se reunirão em Assembleia Geral duas vezes ao ano, ou por convocação do Gestor, extraordinariamente, sempre que necessário.
  - a. As reuniões serão nas dependências do HC, conforme autorização prévia de sua Diretoria.
  - b. As Assembleias serão dirigidas pelo Gestor ou por seu representante.
2. A Assembleia Geral será representada por uma Diretoria, eleita anualmente por maioria simples de votos, assim constituída: um Gestor (que será indicado pela Diretoria do HC); um Vice Gestor; um primeiro secretário; um segundo secretário e um auxiliar geral.
  - Exceto o Gestor, os demais cargos serão ocupados por um Ministro representante de cada denominação eclesiástica representada.
3. São deveres da Diretoria dos Assistentes Espirituais e Visitadores:
  - a. Manter contato permanente com a Diretoria do HC.
  - b. Providenciar e conservar em dia o fichário dos demais Assistentes.
  - c. Providenciar, com o apoio dos demais Assistentes, o Curso de Formação de Assistentes Espirituais e Visitadores, palestras periódicas ou segundo as necessidades e a indicação de material de leitura.
  - d. Credenciar todos os Assistentes devidamente preparados e aprovados e fornecer o crachá de identificação.



e. Enviar correspondências postais e/ou eletrônicas, ou manter contato telefônico, sempre que necessário.

f. Informar os Assistentes credenciados sobre qualquer atividade ou determinação necessária.

4. Todas as deliberações da Assembleia Geral e/ou da Diretoria serão registradas em Ata, em livro oficial da Organização de Assistentes Espirituais e Visitadores.

5. A Diretoria do HC independente de convite ou comunicação prévia participa das reuniões da Assembleia, podendo inclusive dirigi-las, se assim o desejar.

## **II. ADMISSÃO:**

São condições indispensáveis para ser um Assistente Espiritual e Visitador:

1. Ser membro atuante de uma Igreja Cristã.
2. Apresentar recomendação por escrito do Líder da comunidade que frequenta.
3. Fazer o Curso de Formação de Assistentes Espirituais e Visitadores.
4. Passar por entrevista com o setor de Psicologia e/ou Serviço Social do HC.
5. Preencher a Ficha organizada pela Diretoria.

## **III. DEMISSÃO:**

1. Compete à Diretoria do HC e/ou à Assembleia Geral dos Assistentes Espirituais e Visitadores, por maioria simples de voto, decidir sobre a demissão de qualquer membro.
2. São motivos para demissão:
  - a. Pedido voluntário por escrito.
  - b. Abandono voluntário ou descredenciamento da comunidade eclesial.
  - c. Comportamento de forma contrária às normas estabelecidas.

## **IV. ATRIBUIÇÕES:**

As atividades básicas dos Assistentes Espirituais e Visitadores 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 normatização.
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 HC, quando solicitado.
9. Ministrando cursos e palestras de preparação para novos Assistentes Espirituais e Visitadores, quando convidado pela Diretoria.

## **V. DIREITOS:**

1. Dirigir-se à Diretoria do HC, conforme a disponibilidade da mesma, usufruindo de seu direito constitucional de livre expressão.
2. Participar ativamente, dando sugestões, votando e sendo votado nas Assembleias dos Assistentes Espirituais e Visitadores.
3. Expressar sua opinião diretamente à Diretoria dos Assistentes Espirituais e Visitadores, sobre assuntos que julgue necessários, desde que relacionados com o trabalho em foco.
4. Ser credenciado pela Diretoria dos Assistentes Espirituais e Visitadores: - Cada membro receberá um crachá de identificação, contendo dados pessoais e fotografia, com direito a revalidação anual.
5. Os Visitadores (leigos) poderão dar assistência espiritual aos pacientes em geral, nos seguintes termos:
  - a. Nas Clínicas e nos dias da semana liberados para sua Igreja, conforme normatização da Assembleia Geral dos Assistentes Espirituais e Visitadores.
  - b. À tarde, das quinze horas (15 H) às dezesseis horas e trinta minutos (16 H 30 mim).
6. Os Ministros Religiosos, quando cadastrados, poderão dar assistência espiritual aos membros de sua Igreja ou não, nos seguintes termos:
  - a. Quando solicitado pelo paciente ou familiar, independente do horário ou da Clínica de internação. - Excetuam-se, neste caso, as enfermarias de isolamento e as Unidades de Tratamento Intensivo, que dependem de autorização médica específica.
  - b. Visitas voluntárias deverão ser feitas nas Clínicas e no horário estipulados para os Visitadores leigos.
7. Distribuir literatura adequada, fazer leitura bíblica e orações específicas por pacientes, acompanhantes e familiares em geral, quando por eles autorizado ou solicitado, à beira do leito ou em local cedido especificamente pelo HC.
8. Ter acesso ao profissional de Psicologia e/ou Serviço Social do HC, para prestar informações sobre algum paciente, ou quando julgar necessário encaminhar um familiar necessitado de tratamento psicológico.

**VI. DEVERES:**

1. Manter contato permanente com a Diretoria.
2. Comparecer às reuniões ordinárias e extraordinárias da Assembleia, ou da Diretoria, quando voluntário eleito.
3. Comunicar sempre alterações de endereço, telefone, etc.
4. Ler sempre com atenção os avisos existentes no hospital.
5. Zelar pelos objetos e materiais pertencentes ao HC. .
6. Cumprir leis, regulamentos e rotinas do HC.
7. Guardar sigilo sobre assuntos referentes ao tratamento médico dos pacientes, quando dele tiver conhecimento.
8. Respeitar o paciente em seus problemas psicossociais.
9. Tratar com cordialidade e respeito os companheiros de visita, bem como os servidores do HC.
10. Apresentar-se para as visitas com higiene e vestuário adequado.
11. Apresentar o Crachá de identificação e assinar a ficha de presença na portaria do HC, por ocasião de suas visitas.

**VII. PROIBIÇÕES:**

1. Solicitar ajuda financeira ou em espécie para outras entidades, dentro do HC.
2. Fazer comércio particular dentro do HC.
3. Fumar na área hospitalar.
4. Sentar nos leitos dos pacientes ou neles colocar objetos de uso pessoal.
5. Responder a perguntas de caráter profissional, cujas respostas cabem exclusivamente a médicos, enfermeiros, farmacêuticos, assistentes sociais e demais membros da equipe interdisciplinar.
6. Divulgar ou comentar diagnósticos.
7. Atrapalhar a rotina do hospital, fazendo qualquer interferência que possa prejudicar o atendimento ao paciente.
8. Distribuir alimentos, água, balas ou guloseimas aos pacientes sem a prévia autorização da enfermeira responsável e nutricionista.
9. Ministrando medicamentos aos pacientes.
10. Assistir operações cirúrgicas ou partos.
11. Entrar em áreas críticas, sem autorização prévia, como: enfermarias de isolamento e UTI.

12. Retirar sem permissão prévia de autoridade competente, objetos e documentos pertencentes ao HC.

13. Manifestar-se em qualquer situação desagradável surgida em enfermarias, ambulatórios ou outros setores, entre quaisquer pessoas, sejam médicos, enfermeiras, farmacêuticos, funcionários e outros.

14. Entreter-se durante as horas de visita com atividades estranhas ao objetivo ou circular pelo Hospital sem atribuição definida.

#### **VIII. DISPOSIÇÕES GERAIS:**

15. Cada Igreja terá direito de enviar até quatro Visitadores leigos no dia estipulado, exceto os Ministros Religiosos, conforme normatização anterior. .

- Outros Visitadores poderão receber treinamento e credenciamento, para a função de suplentes em suas respectivas Igrejas, conforme item I, 3 d.

16. Os assuntos omitidos neste Regimento serão decididos em Assembleia Geral Ordinária, por maioria de votos.

S. Leopoldo, RS, 21 de março de 2007.



## ANEXO B – Planilha

FUNDAÇÃO HOSPITAL CENTENÁRIO							
PLANILHA PARA ASSISTENTES ESPIRITUAIS E VISITADORES - MÊS DE: JUNHO 2011.							
CLINICAS	2ª feira	3ª feira	4ª feira	5ª feira	6ª feira	Sábado	Domingo
1 - Clínica D(4)	Igreja Ministério Internacional Ágape	Igreja da Comunhão Ágape	Igreja Assembléia de Deus Unida de São Leopoldo	Igreja Batista Filadélfia	Igreja Aliança Bíblica de Avivamento - ABA	Igreja Evangélica Luterana do Brasil - IELB	Igreja Assembléia de Deus Restauração
2 - Clínica C1(4) e C2 (4)	Igreja Evangélica de Confissão Luterana no Brasil - IECLB	Igreja Ass. de Deus Vale do Rio dos Sinos	Igreja Assembléia de Deus Restauração	Igreja Evangélica Pentecostal da Fé	Igreja Porta da Salvação	Igreja Ministério Internacional Graça abundante	Igreja Assembléia de Deus
3Cardiologia(2)	Igreja da comunidade	Igreja Evangélica Pentecostal da Fé	Igreja Luterana do Brasil - IELB	Igreja Ass. De Deus Scharlau	Igreja Ass. Restauração	Igreja Pentecostal	Igreja Batista Betel
4 Traumatologia(2)	Igreja Batista de São Leopoldo	Igreja Batista Filadélfia	Igreja Porta da Salvação	Igreja Evangélica de Confissão Luterana no Brasil - IECLB	Igreja Ass. de Deus Vale do Rio dos Sinos	Igreja Assembléia de Deus Unida de São Leopoldo	Igreja Pentecostal Deus é Amor
5 Cirurgia(4)	Igreja Católica	Igreja Gideões Missionários	Igreja Aliança Bíblica de Avivamento - ABA	Igreja Ministério Internacional Ágape	Igreja Batista Betel	Igreja da Comunhão Ágape	Igreja Evangélica Pentecostal da Fé
6 Bayard (2)	Igreja Ministério Internacional Graça abundante	Igreja Evangélica Pentecostal da Fé	Igreja Evangélica Assembléia de Deus Conservadora	Igreja Pentecostal	Igreja de Deus Pentecostal	Igreja Batista de São Leopoldo	Igreja Batista Filadélfia
7 Pediatria(2)	Igreja Evangélica Luterana do Brasil - IELB	Igreja Assembléia de Deus Scharlau	Igreja Assembléia de Deus	Igreja Pentecostal Deus é Amor	Igreja de Deus Pentecostal Internacional	Igreja Católica	Igreja Gideões Missionários
8 Maternidade (4)	Igreja Assembléia de Deus Unida de São Leopoldo	Igreja Pentecostal Deus é Amor	Igreja Católica	Igreja da comunidade	Igreja Assembléia de Deus Scharlau	Igreja Assembléia de Deus Restauração	Igreja Pentecostal
9 Multiclínica (2)	Igreja Assembléia de Deus Restauração	Igreja Pentecostal	Igreja de Deus Pentecostal	Igreja Batista Betel	Igreja Gideões Missionários	Igreja Evangélica Assembléia de Deus Conservadora	Igreja da comunidade



## **ANEXO C – Programa**

### **CAPACITAÇÃO EM ASSISTÊNCIA ESPIRITUAL HOSPITALAR**

HOSPITAL CENTENÁRIO - SÃO LEOPOLDO - RS

PROGRAMA DO DIA 11 DE JUNHO 2011

8:00h - Inscrição com Serviço Social - Secretária Cristiane Boeira.

8h e 30min — Devocional — Pd. Luciano Ponzin — Igreja Católica — Paróquia Fião.

8h e 45min - Palavra da Direção do Hospital Centenário.

9:00h Palestra: Assistência Espiritual Hospitalar — O que é visitação a enfermos.  
Pastor Walter Hoppe - Igreja Evangélica de  
Confissão Luterana no Brasil.

9h e 50min - INTERVALO

10h e 10min - Palestra: Psicologia na atividade Pastoral junto aos Enfermos e Familiares.  
Loide Machado — Psicóloga do HC

11:00h - Palestra: Motivação do cuidado com o paciente e familiares. Visitação às dependências do HC. Ivi Paludo Fuchs — Serviço Social do HC.

12h e 30min — ALMOÇO

13h e 30min — Assistência Espiritual Segundo a Bíblia.  
Pastor Marcio Reus da Silveira — Igreja Batista Betel.

14h e 30min — Regimento Interno do HC, para Visitadores Espirituais Hospitalares — Pastor Juliano Fortes — Ass. de Deus

15h e 30min - Palestra: A comunicação na Visita a Enfermos.  
Pastor Wilmar Meister — Igreja Evangélica Luterana do Brasil.

16h e 30min — Encaminhamentos — avisos

17:00h — Encerramento. Pc. Luciano Ponzin





## ANEXO D – Palestra

### ASSISTÊNCIA ESPIRITUAL HOSPITALAR

#### INTRODUÇÃO

Mário Sonntag

#### 1. O QUE É VISITAÇÃO A ENFERMOS?

A Visitação a Enfermos é um encontro de pessoas. Esta é uma afirmação óbvia, mas que bem avaliada expressa questões importantes:

Tanto o visitador como os visitados são pessoas, com semelhanças e diferenças, com suas histórias, seus pensamentos e sentimentos, suas forma de pensar e crer.

Um enfermo continua sendo pessoa. O assistente espiritual que faz a visita igualmente é pessoa. Isto precisa ser respeitado e considerado.

O enfermo não se torna menos pessoa ou meia pessoa. Ele não se torna menos inteligente, menos sensível, menos capaz menos importante, quando fica enfermo.

Portanto, é muito importante que a visitação a enfermos seja vista como o encontro de iguais, semelhantes.

O enfermo é alguém criado por Deus e amado profundamente. O próprio Filho de Deus morreu por este enfermo. Quando nos encontramos com o enfermo precisamos ter isso em mente. Estamos encontrando alguém muito importante. Não posso desvalorizar aquilo que Deus valoriza tanto. Por outro lado, como seguidor de Cristo, procuro amar como Cristo amou. Não importando sua situação atual e o seu passado, nosso encontro precisa estar baseado no profundo respeito e no amor sem preconceitos, sem julgamento em atitude de acolhimento e interesse.

O enfermo é também nosso semelhante que tem deficiências temporárias ou crônicas. Nestas deficiências ele precisa de apoio, de compreensão e de orientação.

O enfermo é alguém que muitas vezes reflete prolongadamente na sua situação muitas vezes não chega a bom termo diante de uma situação nova (a doença). Outras vezes, no entanto, principalmente em enfermidade prolongada, trabalha suas questões e chega a entendimentos mais profundos sobre sua situação, o sofrimento e a vida, que outros, que não passaram por situação idêntica, ainda não tiveram. Por isso, visitar um enfermo pode ser um momento de profundo aprendizado, de novas experiências e entendimento também para o visitador. Visitação a enfermos precisa ser visto não tanto como um momento em que o visitador vai oferecer ou levar algo para o enfermo, mas uma oportunidade de compartilhamento e de “aconselhamento mútuo”. Aliás, o enfermo precisa de alguém com quem testar seus novos entendimentos e suas novas conclusões as quais chegou em sua situação.

Visitação a enfermos é uma oportunidade de conhecimento mútuo. Tempo precisa ser tomado para este conhecer-se. Tanto o visitador precisa procurar conhecer o seu visitado como precisa dar a oportunidade ao enfermo a conhecê-la.

#### Uma Olhada na Atuação de Jesus

##### **Mateus 9.35-38 - Jesus andava visitando... O povo (pessoas).**

- Ele ia ao encontro das pessoas - as encontrava na sua situação.
- Interessou-se pelas questões das pessoas - suas aflições.
- Curava as enfermidades e doenças.

- Queria providenciar trabalhadores (visitadores) que abrandassem a situação de aflição e abandono do povo.

**Exercício:** Participantes escrevem, em poucas palavras, o que é Visitar Enfermos. (*participantes*)

*relatam o que escreveram - eu não falo muito,).*

## 2. UM POUCO DA HISTÓRIA

O tratamento de enfermidades começou intimamente ligado com a religião. Os líderes religiosos (sacerdotes, feiticeiros...) eram também os que atuavam com os mais entendidos em medicar os doentes. Os templos muitas vezes eram lugares onde se acolhia enfermos. Lembramos o papel do Sacerdote do povo Judeu principalmente por ser o responsável pelo atestado de saúde no caso da lepra.

“Na verdade, somente com Hipócrates (460 A.C), começou a surgir uma medicina científica, pois, até então, a cura das enfermidades estava misturada com divindades, superstições e encantamentos” (do livro *Capelania Hosp. Cristã* — pág. 22).

Nas Escrituras do novo Testamento encontramos especialmente a atenção dada pelo Salvador Jesus a pessoas doentes.

“A ação missionária de Jesus começa pela saúde e o bem-estar do homem. Ele veio restabelecer a justiça, palavra que aparece tantas vezes na Bíblia, mas que os homens não praticavam. Jesus empenhou a sua palavra e a sua vida para revolucionar e mudar o comportamento dos homens. No Evangelho de Mateus (Mt 5.20) diz: “Se a vossa justiça não superar a dos escribas e fariseus, não entrareis no Reino dos Céus”. (Pe. Lydio Milani trabalho *As origens da Capelania Hospitalar*).

“Na era cristã, Constantino, em 335 A.D., determinou o fechamento de hospitais pagãos e estimulou a abertura de hospitais cristãos. Em 1204, o Papa Inocêncio 11 construiu em Roma o Hospital do Espírito Santo, que resistiu até 1922, quando foi destruído por um incêndio.”

O hospital, como ambiente para tratamento e recuperação de doentes, é uma criação dos cristãos e não se tem conhecimento de que outros grupos, a não ser a Igreja, tivessem fundado algum hospital até o fim da Idade Média. (Pe. Lydio Milani).

Quanto à Assistência Religiosa, é evidente que se orava pelos enfermos impondo-lhes as mãos. (Tg 5.13-15)

A partir de 1500 começou-se a construir hospitais. Em Portugal D. Leonor, esposa do rei D. João II, dedicou-se às obras assistenciais do país. Construiu, com o esposo, o Hospital de Todos os Santos, centro unificador de 43 outros hospitais - A assistência religiosa ficou ao cargo do Frei Miguel de Contreiras.

Com relação aos Capelães, eis o que diz um documento de 1674: “Para que a casa de misericórdia tenha mais autoridade e Deus seja nela louvado como convém e os doentes tenham assistência, haverá na casa Capelães que celebrem os ofícios divinos segundo o costume da Igreja. Os capelães serão pessoas de virtude, ciência e reputação como convém à autoridade e à paz da Casa”.

Com a vinda dos Portugueses para o Brasil, também veio a Irmandade das Misericórdias, que construiu, naquela época, os primeiros hospitais, denominados até hoje *Santas Casas de Misericórdia*. São daquela época as *Santas Casas de Santos, Fortaleza, Rio de Janeiro, São Paulo, Porto Alegre e Florianópolis*. (Lydio Milani - p.9).

Com o início da Idade Moderna novas ideias e filosofias tornaram conta do mundo, dando origem ao materialismo. Escreve Lydio Milani:

O materialismo... desprestigia o homem, pois o equipara ao animal. O que pode levar as consequências trágicas, como de fato aconteceria com o comunismo e o nazismo. Esta corrente de pensamento atingiu os intelectuais das universidades públicas, especialmente os médicos. As consequências do materialismo evoluíram a ponto de assustar os próprios profissionais da saúde, quando se deram conta que os procedimentos médicos já estavam muito próximos dos procedimentos

veterinários. Como poderia haver respeito às normas éticas e à dignidade do homem no materialismo?

Anos mais tarde, verificando que as reações emocionais e religiosas influíam na recuperação dos doentes, os próprios materialistas optaram pelo “antigo”: tratar o ser humano como um todo. Daí surgiu a “Psicossomática”, ciência que leva em conta as necessidades físicas, psíquicas, sociais e religiosas de cada pessoa. Segundo Fulton Shenn: “A Psicossomática introduziu pela porta dos fundos o que o

materialismo varreu da porta da frente.” (Lydio Milani p. 9).

Depois da Revolução Francesa, surgem os Hospitais do Estado. Até os dias de hoje, é uma estrutura muito dispendiosa, difícil de humanizar, sujeita a constantes altos-e-baixos, sempre ao sabor da política e das administrações do momento, onde não vigoram os critérios de mérito e

competência, mas os interesses próprios de governantes.

### 3. SAÚDE E DOENÇA

Quando visitamos um enfermo podemos pensar: “É um sã visitando um doente”? Quando falamos que uma pessoa está doente, o que estamos dizendo? Geralmente falamos de uma doença física. Mas uma pessoa doente somente fica doente em seu físico? Mesmo que a doença física está em evidência, podemos dizer que a pessoa integral (a pessoa como um todo) fica enferma. .

Fala-se do ser humano em aspectos (ou dimensões): Biológico (ou físico), Psicológicos Social e Espiritual. Ao pensarmos, portanto, na saúde (ou na doença) de uma pessoa, deveríamos pensar em Saúde Integral que inclui suas várias dimensões.

Entende-se, hoje, por saúde — o bem-estar:

Físico  
Psíquico  
Social  
Espiritual

Bem-estar, ou saúde é o resultante do atendimento das necessidades básicas da pessoa:

- Alimentação, Moradia
- Trabalho, lazer
- Instrução
- Tratamento preventivo, curativo.
- Conhecimento do próprio estado de saúde
- Segurança
- Liberdade de expressão
- Participação

“Saúde é o gozo das constantes vitais consideradas normais.”

Saúde é muito mais do que a ausência de doença física.

Saúde e doença são realidades relativas e não absolutas.

O que determina saúde e doença não são apenas dados biológicos, comparáveis aos dos animais; são experiências humanas ligadas à pessoa, à sua biografia; são experiências compatíveis com outras experiências como o sofrimento, o estresse, e com muitos outros limites.

A saúde e a doença mais pertencem a modalidade do ser, do comportamental do que ter. Mais do que estados, são maneiras de ser e de viver.

A saúde não depende só. e principalmente dos médicos, dos hospitais e dos medicamentos; dependem muito mais do estilo de vida e do meio ambiente, de medidas preventivas e simples e ao alcance de todos.

A falta de juízo e de bom senso causa muito mais estragos à saúde do que todos os fatores naturais ou dos micróbios patogênicos.

Exemplos: Acidentes de trânsito,

Uso de drogas Poluição

Maus hábitos alimentícios

Quanta falta de bom senso e de critério, justo na aplicação dos recursos econômicos: investe-se mais em medicina curativa, sofisticada, cara e ao alcance de poucos do que no modo de vida saudável. Pagam-se fortunas para esportistas e salários exíguos para profissionais da saúde e da educação.

Cultivar estilo de vida e comportamento sadios: Alimentação e higiene, exercícios físicos, esporte e lazer, comunicação social e dedicação aos outros, vida espiritual e exercício do amor e do perdão.

Evitar estilo de vida prejudicial à saúde. Estresse, esgotamentos, uso de drogas e uso de automedicação, poluição ambiental. (fumo e inseticidas), relações sexuais anárquicas, modismos dietéticos, sedentarismo, ódio, rancor, inveja, ciúme vingança, tristeza, angustia e depressão, apego aos bens materiais (Avareza, poupança exagerada).

Buscar um sentido mais profundo para a vida, a saúde e a doença, evitando a revolta, o

conformismo e o fatalismo.

Descobrir o caráter único e insubstituível do outro e aprofundar o relacionamento banalizado pela rotina.

Viver a solidariedade e o amor. (dar e receber)

Dar-se conta que doença e a morte fazem parte da existência como a temos agora.

Precisamos levar em conta o declínio da vida e a morte nos projetos de vida.

Aproveitar as lições positivas da doença.

### **Saúde e doença na Bíblia.**

Não há na Bíblia uma teoria ou um tratado sobre a saúde. O Antigo Testamento é, no entanto, a biblioteca de um povo que valoriza a vida e a saúde.

A saúde é vista como Dom gratuito de Deus, como benção, embora não como bem supremo. Está ligada a observância da lei, por sinal rica em normas de higiene. (Deuteronômio). Os conselhos e orientações sobre saúde estão mais na linha preventiva. (Somente o livro de Eclesiástico ou Ben Sirac

(Siracida) traz explicitamente o tema saúde, medicina e doença (Ecl. 30.14- 19; 38. 1- 15).

A saúde é vista como realidade precária, que só se plenifica, num mundo futuro liberto do pecado e de suas consequências: Os Tempos Messiânicos. (Cf. Is 25.8; 35.5ss; 53.4ss, 65.19).

O pensamento de que a razão das doenças devia ser buscada mais nas causas naturais, é creditado a Hipócrates, o “pai da medicina moderna”. A partir de então não mais se poderia afirmar que as doenças eram castigo dos deuses. A doença passa a ser considerada culpa devido à falta de bom senso e ao não uso dos meios naturais disponíveis.

No entanto no início do 3º milênio, o homem continua em termos de saúde e doença, a sofrer influência de suas crenças que ao remetem aos seus primórdios. Ainda continuamos nos sentindo punidos por Deus (castigados) quando adoecemos.

As pessoas continuam se perguntando, quando um diagnóstico de doença grave é feito, por que Deus fez isso comigo? As pessoas não oram fervorosamente, para que Deus os liberte das enfermidades como se Deus fosse o maior responsável por elas ou pela sua causa? Ainda não vem espontaneamente à boca a expressão: “Se Deus quiser, ficarei bom.” Ou “Deus quis isso, Deus permitiu aquilo.”? (Mesmo que em dias normais não seja este o comportamento, mas sim quando uma doença grave aparece). Tais ideias facilmente levam e colaboram com o conformismo e o fatalismo.

Sem desculpar ou negar a culpa própria ou de outras pessoas, as causas das doenças devem ser procuradas mais nas causas naturais, nas leis da natureza do que na vontade de Deus. O conhecimento e o uso dos princípios científicos e o bom senso são os meios de que dispomos para conservar a saúde. Isto não significa desmerecer o poder da fé que pode desencadear em nós forças sanantes ou promover curas.

O Cristianismo sempre se interessou pela saúde da pessoa humana a exemplo de nosso Senhor e Salvador. Nem sempre a qualidade deste interesse foi e é das melhores. Mas, o interesse pelo bem estar da pessoa humana está no centro de toda prática verdadeiramente cristã. Esta prática pode se resumir na palavra amor.

Amar significa querer o bem do outro em todas as suas dimensões. Importante lembrar que, quando enferma, as necessidades da pessoa crescem em todas as suas dimensões (não só físicas). Para que a pessoa humana possa ser amada integralmente ela precisa ser vista como um todo. A pessoa afetada em seu físico, por uma doença, será afetada de alguma forma também em seu espírito (alma). Acompanhando uma doença física poderá haver questionamentos sobre a proteção e cuidado de Deus. Com facilidade pode haver angústia diante do pensamento da morte e do que vem depois. Assim também uma pessoa angustiada, desorientada e confusa espiritualmente poderá desenvolver disfunções e doenças somáticas.

Hoje a ideia de que não podemos dividir o ser humano e tratar de uma de suas dimensões isoladamente sem nos preocupar com as outras, é bem aceita no campo da medicina. Por exemplo: sabe-se que o estado emocional e as preocupações espirituais podem afetar fortemente o estado físico e interferir no tratamento de uma doença. Sabe-se, na medicina, que um paciente que está tranquilo e em paz com Deus e com o próximo normalmente coopera e responde melhor ao tratamento de sua saúde física. Sabe-se, igualmente, que um enfermo angustiado, cheio de sentimentos de culpa, confuso em seus conceitos religiosos e espirituais, poderá ter dificuldades bem maiores do que o normal na sua recuperação física.

Sendo assim, qual é o nosso papel (dos cristãos) com as pessoas enfermas? Vamos cuidar das

questões espirituais apenas e deixar as outras questões para os médicos, psicólogos, sociólogos etc.? Ou então entendemos que precisamos nos interessar pela pessoa toda: Suas dificuldades físicas, emocionais, sociais e espirituais?

#### **4. ESPIRITUAL E RELIGIOSO**

É importante distinguir entre o espiritual e o religioso (o Atendimento Religioso e a Assistência Espiritual)

**ESPIRITUAL** - Refere-se a aspectos da vida humana que estão relacionados a experiências que transcendem a fenômenos sensoriais. Temas fundamentais e princípios de vida. Essência do que significa ser humano. Interesses mais profundos. Questionamentos, Valores humanos. Relacionamentos íntimos consigo mesmo, com outros e com Deus. Há significado na vida? Qual o significado do passado? O que há no futuro?

**RELIGIÃO** - É a expressão do espiritual de forma estruturada. Um sistema de crença. Uma discricção do espiritual. Onde o espiritual se torna concreto e se realiza.

Poderíamos dizer que uma boa prática religiosa é aquela que procura ir ao encontro, dar, respostas e solucionar os anseios e necessidades espirituais da pessoa, Uma má prática religiosa é aquela que tenta impor um pensamento, monopolizar sabedoria, ignorar os demais aspectos da pessoa humana, etc.

Há momentos na vida em que as questões espirituais são de fato as mais importantes para urna, pessoa para aliviar o sofrimento e para a qualidade de vida esta pessoa. (uma frase que, ouvi ainda, esta semana: Há momentos no atendimento a paciente, no hospital em que os médicos deveriam ser profissionais auxiliares).

É importante distinguir entre o espiritual e o religioso (o Atendimento Religioso e a Assistência Espiritual)

#### **ESPIRITUAL**

- . Aspectos da vida humana que estão relacionados a experiências que transcendem a fenômenos sensoriais.
- . Temas fundamentais e princípios de vida.
- . Essência do que significa ser humano.
- . Interesses mais profundos.
- . Valores humanos.
- . Relacionamento íntimo consegue, com outros e com Deus.
- . Há significado na vida?
- . Qual o significado do passado?
- . O que há no futuro?

#### **RELIGIÃO**

- . É a expressão do espiritual de forma estruturada.
- . Um sistema de crença.
- . Urna discricção do espiritual.
- . Onde o espiritual se toma concreto e se realiza.
- . Boa prática religiosa é aquela que procura:  
Ir ao encontro,  
Dar respostas  
Solucionar os anseios e necessidades espirituais da pessoa.

Má prática religiosa é aquela que tenta impor seu pensamento. Ser o dono exclusivo do “verdadeiro” conhecimento (“eu sei que você precisa” ou “nós somos os únicos certos”).

- . Ignorar os demais aspectos da pessoa humana.

**Há momentos na vida em que as questões espirituais são as mais importantes para**

**uma pessoa (a única coisa que ainda interessa)**

- . Para aliviar o seu sofrimento
- . Para a sua qualidade de vida

**Um exemplo:**

Conheci o Sr. Paulo em uma visita domiciliar, juntamente com outros profissionais do nosso grupo de Cuidados Paliativos. O Sr. Paulo era um advogado de 50 anos aproximadamente. A residência era muito boa (de classe média alta), com bom conforto. Fui levado onde estava o Sr. Paulo - o quarto de empregada (de 2,50 m x 1,50 m). Ele estava deitado na cama virado para a parede. A esposa havia dito que ele estava com muita dor. Ao entrar no quarto, me apresentei e o saudei. Ele, sem se mexer resmungou um "bom dia". Eu lhe disse: "Com muita dor seu Paulo"?! Ao que ele se virou na cama e respondeu: - "Pastor, eu tenho câncer, e tenho muita dor, mas isso não é nada comparado a dor que sinto

aqui dentro" (batendo no seu peito). Depois ele me contou que se sentia desprezado pelos 3 filhos jovens que moravam na mesma casa, mas que havia dias em que nem umas espiadas pela porta não davam. Falou da dor de olhar para o passado e ter que admitir como estragou sua vida com bebida e farras. Falou do grande sofrimento de ter que admitir que não dedicara tempo para sua esposa e seus filhos, quando mais precisavam dele. Falou que se sentia sendo castigado por Deus por nunca ter dado atenção de verdade a religião e pelos muitos erros de sua vida.

Tive alguns encontros com a esposa e os filhos. Eles também puderam falar de sua dor com respeito ao esposo e pai e a sua situação. Houve um momento de reconciliação com o Sr. Paulo. Pude

também demonstrar-lhe aceitação e compreensão bem como lhe falar de um Deus Salvador, amoroso e perdoador. A maior dor foi aliviada. Ele também não se queixava mais da dor física.

**Exercício:** Na visitação a enfermos somos mais assistentes espirituais ou assistentes religiosos? Por quê? Quando? Como? (discutir em grupos de três pessoas. Não dar respostas simples),

**5. Concluindo**

A Importância da visitação a enfermos

- Ir ao encontro das necessidades da pessoa
- Valorizar o todo da pessoa - mas não esquecer o específico - a assistência Espiritual religiosa.
- A importância do trabalho em equipe com outros profissionais da saúde.

Apresentação com alterações pelo Pastor Walter Hoppe