



Estudos Teológicos foi licenciado com uma Licença Creative Commons –
Atribuição – NãoComercial – SemDerivados 3.0 Não Adaptada

**A TRANSFORMAÇÃO DA TEORIA TEOLÓGICA DENTRO
DA PANDEMIA DE HIV E AIDS:
O DESAFIO ÀS INSTITUIÇÕES TEOLÓGICAS E
ECLESIOLOGIAS DENOMINACIONALMENTE EMBASADAS¹**

The transformation of theological theory within the HIV and AIDS pandemic: the challenge to theological institutions and denominational based ecclesiology

Daniel Louw²

Resumo: O artigo trata do problema de paradigmas teológicos em uma abordagem hermenêutica da pandemia de HIV para empoderar pessoas que convivem com o HIV. Argumenta-se que para ir além dos paradigmas de castigo, culpa e estigmatização, o paradigma teológico da cruz deveria ser complementado com o paradigma da ressurreição. Tal mudança de paradigma traz implicações para a educação teológica e a configuração do currículo da pós-graduação. A fim de avançar a partir do modelo querigmático com a tônica no pecado, no castigo e na conversão, propõem-se um modelo hermenêutico com ênfase na vida e a reestruturação da igreja com ênfase num modelo de cuidado a partir da comunidade.

Palavras-chave: Pandemia de HIV/AIDS. Teologia e o paradigma de castigo e estigmatização. Paradigma teopasquita. Cuidado no lar.

Abstract: The article addresses the problem of theological paradigms within a hermeneutical approach to the HIV pandemic in order to empower people living with HIV. It is argued that in order to move beyond the paradigms of punishment, guilt and stigmatization, the theological paradigm of the cross should be supplemented by the paradigm of the resurrection. Such a paradigm shift has got implications for theological education and curriculum design on a post graduate level. In order to move from the kerygmatic model with the main emphasis on sin, punishment and conversion, a

¹ O artigo foi recebido em 10 de maio de 2012 e aprovado em 31 de agosto de 2012 com base nas avaliações dos pareceristas *ad hoc*. Traduzido do original em inglês “The transformation of theological theory within the HIV and AIDS pandemic: the challenge to theological institutions and denominational based ecclesiology” por Geraldo Korndörfer.

² Doutor em Teologia, professor emérito de Teologia Prática e Missiologia da Universidade de Stellenbosch, na África do Sul, atual presidente do “International Council for Pastoral Care and Counselling” (ICPPC). Contato: djl@sun.ac.za

hermeneutical model with the emphasis on life and the restructuring of the church with the emphasis on a community based care model is proposed.

Keywords: HIV& AIDS pandemic. Theology and the punishment and stigmatization paradigm. Theopaschitic paradigm. Home-based care.

A pesquisa na faculdade de teologia na Universidade de Stellenbosch começou em 1983. Depois da chamada doença de Rock Hudson, eu comecei a me dar conta do possível impacto desse fenômeno novo nos nossos paradigmas teológicos assim como do desafio que isso iria apresentar para as igrejas e as comunidades de fé.

Infelizmente, preciso admitir que a pesquisa não recebeu muita atenção nos círculos teológicos. Minha impressão era que o fenômeno da HIV estava, naquela fase, tão longe da elite e dos membros de igreja e teólogos da classe média na África do Sul, que ninguém acreditava na previsão que a pandemia iria nos atingir nos anos 2000 a 2012.

Entretantes o HIV endêmico, e depois a pandemia, passou por diferentes estágios (os estágios deveriam ser interpretados como uma rede sistêmica e não como linear). As respostas diferentes podem ser divididas nas seguintes categorias muito gerais. Havia (a) o *estágio alarmante* das primeiras publicações médicas. A maioria dos teólogos naquele tempo estava meramente curiosa e interessada em termos do valor sensacional da informação. (b) O *estágio de culpa e encontrar bodes expiatórios* nomeando HIV como a “doença dos pecadores” e sendo avaliada teologicamente como o “castigo de Deus” por causa da imoralidade e de estilos de vida promíscuos. Também foi nomeada como a “doença dos gays”. Teólogos esperavam que agora o povo mudasse seu estilo de vida e se convertesse a Deus. (c) Então seguiu o *estágio de informação e educação*. Toda a ênfase foi colocada em informação médica, muitas vezes acompanhada por perguntas cheias de medos: como alguém se infecta? Posso comer do mesmo prato? Posso tocar a pessoa que convive com HIV? Perguntas discriminatórias revelavam não somente nossa ansiedade humana quanto à morte, mas também nossa tendência enraizada de estigmatizar a outra pessoa quando ela está se tornando um inimigo e um perigo para nossa própria luta pela sobrevivência. (d) Durante o *estágio de ação e prevenção*, igrejas começaram a elaborar modelos e projetos para combater a disseminação do vírus. A teologia alinhada com o modelo médico e de acordo com o *slogan* da abstinência e do uso do preservativo³ deu esperança para a cura. A terapia antirretroviral tornou-se parte do *slogan* dos ativistas. A intenção era

³ A fórmula desenvolvida para responder à pandemia é conhecida como a abordagem ABC. A=abstinence (abstinência); B=be faithful (seja fiel) e C=use condoms (use preservativos). Em alguns círculos, uma fórmula diferente foi desenvolvida: SAVED (salvo). S=safest practice (prática mais segura); A=availability of medication (acesso à medicação); V=voluntary virus testing (teste voluntário para o vírus); E=education and correct information (educação e informação correta) e D=diet (dieta).

desenvolver o que Byamugisha et al.⁴ chamavam de “competência em AIDS”, i. e., a capacidade de lidar com a pandemia de uma maneira construtiva e significativa.

(e) Ao lado desses estágios estabeleceu-se o *estágio estrutural e relacional*, i. e., a compreensão de que o vírus e a proliferação do vírus não podiam ser separados de fatores culturais e contextuais, como pobreza, crime, abuso de poder e exploração econômica. O vírus e sua propagação estão imbricados no âmbito sistêmico das dinâmicas e da qualidade das relações humanas. Em pauta estão nossa identidade e dignidade humana. Junto com esse desenvolvimento pode ser identificado o (f) *estágio espiritual e ético*. Sendo que o vírus e a propagação do vírus não podem ser separados da dimensão mais íntima da vida humana, isto é, nossa sexualidade, o comportamento sexual humano e o papel de normas e valores, questões éticas surgiram relacionadas ao comportamento sexual moral. Porém a ética, por si só, não basta, “uma nova moralidade sexual” não será suficiente. Teremos que descobrir um entendimento construtivo da sexualidade humana que esteja conectado com uma compreensão de uma espiritualidade cristã que transcende as barreiras do dualismo helenístico entre “alma” e “corpo” e crie um etos diferente em relação à sexualidade, i. e., um tipo de “espiritualismo humanístico e erótico”⁵. A sexualidade em si deveria ser considerada como um espaço sagrado para a incorporação do “carisma do Espírito”, os assim chamados frutos do Espírito Santo, por causa da presença interior do Espírito Santo (o que eu quero chamar de transposição de uma teologia meramente de encarnação para uma teologia habitacional).

Atualmente, estamos sendo desafiados a encarar o (g) *estágio de articulação de redes e realidade multifatorial e multidisciplinar*. A seguinte realidade se estabeleceu: HIV & AIDS não vão desaparecer. O vírus é ardiloso e mutações já começaram a se desenvolver. O HIV ainda é uma doença fatal e não curável. Porém é uma doença tratável e, nesse sentido, todas as disciplinas terão que trabalhar juntas. O que se faz mais necessário é uma abordagem de equipe no cuidado e no aconselhamento. O ambiente para o cuidado não é mais hospitais e clínicas, mas comunidades locais. O cuidado em casa⁶ vai ter um papel fundamental no futuro. As comunidades devem se envolver em estratégias de prevenção e cuidado. Gradativamente os governos estão reconhecendo a importância do papel das igrejas e das comunidades de fé devido ao fato de que essas instituições têm acesso imediato às famílias, além de operarem a partir das bases das comunidades. Uma parte desse novo realismo é a percepção de

⁴ BYAMUGISHA, L. Y. et al. *Journeys of faith*. Church-based responses to HIV and AIDS in three Southern African countries. St Albans: TALC, 2003. p. 37.

⁵ LOUW, D. J. *Cura Vitae*. Illness and the Healing of Life. Wellington: Lux Verbi, 2008.

⁶ O cuidado no lar, como a frase indica, se refere ao cuidado e apoio providenciados à pessoa enquanto ela está no lar com sua família, amigos e comunidade, isto é, um sistema de cuidado familiar. A família é a que providencia o cuidado, mas os amigos ou a igreja também podem oferecer cuidado. DYK, A. van. *HIV/AIDS Care and Counselling*. A Multidisciplinary Approach. 3. ed. Cape Town: Maskew Miller, 2005. p. 327, define o cuidado no lar, especificamente focando na tangente comunitária, como cuidado (comunitário com base no lar) dado a indivíduos em suas próprias casas quando são apoiados por suas famílias, suas famílias estendidas ou as de sua escolha.

que o cuidado espiritual e pastoral é importante dentro de uma estratégia holística de cuidado e cura da comunidade, i.e., o cuidado pastoral como cuidado da vida.⁷

Teologia e o paradigma de castigo e estigmatização: a busca por um paradigma apropriado

Devido à ênfase na reflexão teológica e na busca por paradigmas teológicos apropriados, ou seja, padrões de pensamento e categorias para a interpretação de questões contextuais, o artigo pretende abordar o problema da formação de uma teoria teológica dentro de uma abordagem hermenêutica da pandemia do HIV. Faz-se esta reflexão para empoderar pessoas que convivem com HIV e para fomentar a revelação e comunicação honestas.

O debate sobre HIV frequentemente aponta para o problema da estigmatização e da noção do castigo de Deus. Quando a epidemia afligiu principalmente os homens de orientação homossexual e usuários de drogas (“pecadores”), alguns cristãos e teólogos responderam com uma atitude de julgamento: as pessoas que contraíram AIDS estão simplesmente colhendo o castigo justo de suas ações imorais.⁸ As perguntas seguintes continuam voltando: Deus realmente se preocupa? Deus escuta as orações? Deus cura? Deus está nos punindo?⁹

O fenômeno da estigmatização é de fato uma questão muito complexa. E Goffman¹⁰ conecta o estabelecimento de estigma a configurações sociais. As rotinas de relações sociais em configurações estabelecidas possibilitam que nós antecipemos a “identidade social”. Facilmente transformamos essas antecipações em expectativas normativas e demandas apresentadas. As exigências que “efetivamente” fazemos e o caráter que imputamos a uma pessoa podem ser vistos como uma imputação feita em retrospecto potencial; “[...] uma caracterização ‘efetiva’, uma identidade social virtual”. Quando essa identidade é avaliada como sendo negativa, ruim, perigosa, fraca, ou até pecaminosa, reduzimos a diferença para errado ou mau. Em nossa mente, reduzimos a pessoa a um ente contaminado, relegado. Tal atributo se torna estigma, especialmente quando seu efeito de desacreditar é muito extensivo. Às vezes, é chamado de fracasso, uma falha, uma incapacidade. Constitui uma discrepância especial entre uma identidade virtual e uma, de fato, social.

Pode-se entender que quando essa discrepância é apoiada por uma interpretação muita específica sobre nosso ser humano, a redução tende a se tornar uma percepção fixa. O preconceito social então ganha *status* teológico, com o perigo de roubar da pessoa sua dignidade humana. Quando a experiência de ser desacreditada é ainda

⁷ LOUW, 2008.

⁸ HOFFMAN, W. W. & GRENZ, S. J. *AIDS Ministry in the Midst of an Epidemic*. Grand Rapids: Baker Book House, 1990. p. 22.

⁹ DUBE, M. W. *Towards Multi-Sectoral Teaching in a Time of HIV/AIDS*. In: DUBE, M. W. (Ed.). *HIV/AIDS and the Curriculum*. Geneva: WCC Publications, 2003. p. vii.

¹⁰ GOFFMAN, E. *Stigma. Notes on the Management of Spoiled Identity*. 2. ed. Englewood Cliffs: Prentice-Hall; Penguin Books, 1990. p. 11-12.

apoiada por uma imagem de Deus negativa, o efeito é que tal pessoa pode ser tratada como sendo desacreditada por Deus e rejeitada pela comunidade eclesial. Quando a ênfase, por exemplo na pregação, é colocada principalmente no pecador humano (totalmente corrupto), conversão e confissão de pecados, o foco principal nos assim chamados modelos querigmáticos é em Deus como juiz. Por isso a razão da importância de investigar mais profundamente a área da conexão entre nosso entendimento de Deus (paradigmas teológicos) e os processos de estigmatização com a seguinte pergunta teológica vital em mente: É o Deus da vida meramente um juiz se todas as formas de morte e destruição foram extintas e deletadas pelo Deus da ressurreição? Não é a ressurreição ainda mais fundamental na espiritualidade cristã do que a cruz?

Mais ainda, a questão teológica fundamental a ser postulada é: Como e onde está Deus neste drama da pandemia de HIV & AIDS?¹¹ Castigo é a última “sílabas” teológica no debate ou deveríamos, ao contrário, nos mover para categorias de empoderamento¹² e vida ao invés de discriminação? A abordagem de pecado e julgamento é a compreensão fundamental de Deus nas Escrituras? Por que a maioria das teologias teóricas e dentro dos currículos em muitas instituições teológicas é regida mais por teologias de pecado e cruz e menos por teologias de vida e ressurreição?

A fim de introduzir Deus no debate sobre HIV & AIDS, abordagens teológicas diferentes relativas à antropologia teológica são possíveis e devem ser exploradas.

• O paradigma da criação: o criador relacional e a noção de aceitação.

No Documento de Estudo do CMI (Conselho Mundial de Igrejas)¹³ argumenta-se que dentro de uma teologia da criação, seres humanos têm a capacidade de ter relacionamentos e liberdade. Dentro desse modelo de relacionamento, Deus não está somente aberto à alegria e ao florescimento da criação, mas também vulnerável à dor por sua crueldade e desastres. Agora a ênfase está no envolvimento criativo de Deus e sua providência acolhedora. McFague¹⁴ até fala da criação e do mundo como o corpo de Deus. O argumento, portanto, é que o paradigma criacional deveria ajudar a igreja a responder à pandemia não com estigmatização, mas num modo de aceitação. Aceitação vai de “[...] um simples evitar o julgar para um acolher quem nós somos individualmente [...]”¹⁵.

Mas esta é a pergunta crítica aqui: Se Deus é de fato o criador, não é ele, em última instância, o responsável pelo vírus? Como sabemos se o vírus não é de fato a vontade de Deus?

¹¹ A pandemia refere-se à extensão da crise. O artigo não trata dos números da crise. Para ver estatísticas mais recentes, cf. GENNRICH, D. *The Church within a HIV World: a Practical Handbook*. Pietermaritzburg: Cluster Publications, 2004. p. 5-26.

¹² No documento do CMI, *Facing Aids* (Geneva: WCC Publications, 1977. p. 85), empoderamento foi apontado como a questão-chave em aconselhamento pastoral. “Aconselhamento é um processo de *empoderamento* da pessoa para tomar as decisões sobre sua própria vida.”

¹³ WCC, 1977, p. 20-21.

¹⁴ McFAGUE, S. *Models of God*. Philadelphia: Fortress, 1988.

¹⁵ WCC, 1977, p. 29.

• **O paradigma teopasquita (theopaschitic): O Deus compassivo e sofredor.**¹⁶

Alinhado com a abordagem criacional está o enfoque na teologia encarnacional¹⁷ com a ênfase na presença de Deus.¹⁸ Conforme Augsburg¹⁹, a presença incorpora a graça. Uma abordagem pastoral deverá, portanto, estar enraizada numa teologia encarnacional. Porém o resumo do pensamento encarnacional é a teologia da cruz / *theologia crucis*²⁰ e sua tentativa de provar a paixão de Deus.²¹ Em Cristo Deus se identificou com nosso sofrimento humano.

A discussão, então, vai em direção da paixão e da compaixão. Sofrimento, assim como a pandemia de HIV, é visto, portanto, como sendo contra a vontade de Deus. A consequência disso é que a igreja deveria ficar do lado das pessoas que sofrem e de nossa condição humana. Para Hall²², Deus é, portanto, uma “presença reveladora, um companheiro – ‘teu Deus’”. A imagem de Deus transforma-se em Deus conosco.²³

Para confortar pessoas que sofrem com HIV, o paradigma “teopasquita” é, de fato, o que mais ajuda. Porém o problema é que tanto dentro da criação como na encarnação ainda somos confrontados com a realidade do vírus e do sofrimento de pessoas especialmente vulneráveis, como, por exemplo: mulheres, crianças e pessoas pobres. A pergunta da teodiceia ainda prevalece: mas se Deus é tão presente e envolvido, por que o vírus e a realidade do mal?²⁴ Dentro da criação e na encarnação, a realidade do sofrimento e a vulnerabilidade do nosso ser humano não podem ser ignoradas. É, de fato, verdade que, em alguns casos, o HIV está relacionado ao comportamento irresponsável e pecador. Pode-se entender que a noção do castigo não pode ser ignorada como se fosse totalmente irrelevante. A graça como revelada na cruz de Cristo nunca pode ignorar a realidade de pecado numa abordagem teológica. A cruz é certamente sobre castigo e pecado.

Porém o perigo existe de que, devido à estigmatização, algumas pessoas que sofrem com HIV ainda podem ser atormentadas por sentimentos de culpa e pelo peri-

¹⁶ Veja SAROT, M. Pastoral Counselling and the compassionate God. In: *Pastoral Psychology*, v. 43, n. 3, p. 185-190, 1995.

¹⁷ Para o paradigma teológico encarnacional, veja HICK, J. *The Metaphor of God Incarnate*. Louisville; Kentucky: Westminster, 1993. Veja também o WCC, 1977, p. 27-29.

¹⁸ Cf. McFAGUE, 1988.

¹⁹ AUGSBURGER, D. W. *Pastoral Counseling across Cultures*. Philadelphia: Westminster, 1986. p. 36.

²⁰ Cf. McGRATH, A. E. *Luther's Theology of the Cross*. Oxford: Blackwell, 1985.

²¹ Para uma discussão aprofundada sobre a teologia da cruz, veja MOLTMANN, J. *Der gekreuzigte Gott*. München: Kaiser, 1972. Como a *theologia crucis* está relacionada ao ministério pastoral da igreja, assim como ao problema da teodiceia, veja LOUW, D. J. *Meaning in Suffering*. A Theological Reflection on the Cross and the Resurrection for Pastoral Care and Counselling. Frankfurt: Peter Lang, 2000. p. 73-117. Veja também BORNKAMP, G. Kreuz. In: *Diskussion um Kreuz und Auferstehung*. 3. ed. Wuppertal: AUSAAT, 1986.

²² HALL, D. *Professing the Faith*. Minneapolis: Fortress Press, 1993. p. 146-147.

²³ Para uma discussão sobre o fato de que Deus sofre conosco, mesmo no Antigo Testamento, veja FRETHEIM, T. E. *The Suffering of God*. Philadelphia: Fortress Press, 1985. p. 127-137.

²⁴ HAERING, H. Het kwaad als vraag na Gods macht en machteloosheid. In: *Tijdschrift voor Theologie*, v. 26, n. 4, p. 351-372, 1993.

go de um tratamento preconceituoso. O medo de rejeição e ansiedade existem, muitas vezes, devido à noção da “doença do/a pecador/a”²⁵ e da conexão com um comportamento imoral.

A pergunta teológica importante a ser postulada é: Como é possível se ver livre do estigma da “doença da pessoa pecadora”, apesar de toda a compaixão e perdão que a igreja pode proclamar? Como é que a teologia pode ir além do paradigma de julgamento? A teologia não pode ignorar julgamento e pecado. Mas é essa a palavra final dentro do dilema teológico causado pela crise do HIV?

É evidente que a perspectiva compassiva da *theologia crucis* (teologia da cruz) é de suma importância para o ministério de cuidado da igreja. Deus é, certamente, vulnerável e nos faz todos “curadores feridos”²⁶. Mas é só isso? Será que Deus não é realmente onipotente e poderoso²⁷ para poder transformar a realidade do nosso sofrimento e da nossa culpa e mudar a qualidade da nossa vida apesar do vírus? Onde está a esperança²⁸, a vitória e o sentido²⁹?

Desenvolver-se-á o argumento de que a antropologia pastoral não deveria restringir os seres humanos à posição pessimista: os humanos são somente pessoas pecadoras. Também não deveria mudar para o posicionamento otimista: os humanos têm todo o potencial necessário dentro deles para lidar com o sofrimento e para triunfar sobre o vírus. Ao contrário, devemos explorar a implicação de uma teologia da ressurreição (*theologia resurrectionis*) para obter uma compreensão teológica de nosso ser humano. Nesse aspecto deveria ser explorada a posição realista de Paulo, devido a seu entendimento antropológico das implicações da ressurreição de Cristo: “Mas pela graça de Deus sou o que sou” (1 Coríntios 15.10). Seres humanos são então avaliados não do ponto de vista de serem desacreditados (veja o passado de Paulo e seus sentimentos de culpa em relação à sua perseguição da igreja), mas do ponto de vista de uma afirmação construtiva e realista e validação de sua identidade e dignidade humana. Nesse aspecto pode-se ver a ressurreição de Cristo como a crítica final de Deus sobre morte, sofrimento e estigmatização. A esperança da ressurreição trata da morte da morte, do fato de que toda forma de rejeição, estigmatização e isolamento finalmente foi apagada por Deus. As pessoas que sofrem com o HIV deverão ser empoderadas a começar a viver a vida apesar da realidade do vírus. Portanto a pergunta pastoral é: como viver sua situação positiva em termos de uma esperança realista.

O paradigma da ressurreição: visão, esperança e futuro

Visto que a ressurreição não é somente uma nova perspectiva, mas é também uma realidade histórica, ela traz consequências para a esperança. A história da ressurreição pode facilmente degenerar em um anseio subjetivo por vida eterna. A esperança

²⁵ HOFFMAN; GRENZ, 1990, p. 20-21.

²⁶ NOUWEN, J. M. *The Wounded Healer: Ministry in Contemporary Society*. New York: Image, 1997.

²⁷ SUURMOND, P. B. *God is machtig maar hoe?* 2. ed. Baarn: Ten Have, 1984.

²⁸ Cf. MOLTSMANN, J. *Theologie der Hoffnung*. 5. ed. München: Kaiser, 1966.

²⁹ BÖSCHEMEYER, U. *Die Sinnfrage in Psychotherapie und Theologie*. Berlin: De Gruyter, 1977.

da ressurreição então se torna esperança numa existência coletiva. Pode ser reduzida a uma projeção autoilusória do anseio humano por permanência. Como uma realidade de ressurreição (o túmulo vazio), esperança não é meramente uma projeção psicológica, mas uma revelação histórica de Deus na criação, que afeta o próprio núcleo da morte. A revelação de Deus na ressurreição implica uma recriação da criação. Revela o poder transformador de Deus como uma expressão da fidelidade de Deus apesar da morte e do sofrimento.

Como o *novum* de Deus (a renovação radical do todo da criação numa identidade escatológica, i.e., uma nova criação), a ressurreição não é um mero evento psicológico ou existencial na memória subjetiva de seres humanos. Portanto a verificação da ressurreição não reside no nível da existência, mas na nova maneira em que Deus lida radicalmente e vitoriosamente com o todo da criação. A singularidade desse ato reside nas implicações de cura para os aspectos tanto existenciais como históricos da realidade. Chama-nos a um tipo estranho de fé: enquanto se enfrenta a extinção da morte, mesmo da pandemia de HIV, ao lidar com o fato histórico de um túmulo vazio, ou seja, ter esperança quando a realidade (um túmulo com um caixão) aponta radicalmente para o contrário: a morte é a extinção da vida.

Na luz das implicações possíveis da esperança da ressurreição, as seguintes perguntas podem ser levantadas: Sobre que base o pastor pode encorajar o paciente terminal com HIV a ter fé na ressurreição? Quais são os argumentos e o fundamento da nossa esperança escatológica?

Fé na ressurreição implica que a razão pela esperança não deveria ser fundamentada na nossa ansiedade sobre a morte e a expectativa de uma vida no além. A esperança cristã não deveria ser a antítese da ansiedade. Nós não temos esperança por ter medo da morte. Nos termos da ressurreição de Cristo, nós temos esperança apesar da nossa ansiedade, porque a esperança escatológica se refere a um novo estado de ser e um novo estado mental: Eu sou um novo ser em Cristo e nenhuma forma de morte pode me roubar essa identidade, nem mesmo o vírus do HIV.

A vitória de Deus sobre o nada, sobre a ansiedade e sobre a morte é essencialmente o único fundamento verdadeiro para a esperança. Como uma realidade salvífica, essa vitória afeta todo o cosmo em toda a sua finitude e niilidade. A criação suspira e geme com ânsia.

A cruz e a ressurreição, em sua interconectividade recíproca, desvelam o motivo básico da esperança cristã: A fidelidade de Deus com suas promessas; seus atos salvíficos dentro da historicidade da cruz como da ressurreição. A cruz e a ressurreição confirmam a veracidade da fidelidade de Deus, a verdade da vitória escatológica dentro dessa realidade de criaturas.

A ressurreição trata da afirmação da vida sem condições. Essa vida é uma realidade pneumatológica e pode ser realizada e vivenciada diariamente pelo Espírito nos modos da fé, esperança, amor e paz. O processo de tornar real a vida da ressurreição encontra expressão diária na gratidão e no louvor. Integridade na criação de Deus e na existência humana agora implica o seguinte: uma reavaliação e uma resignificação da vida. A vida não é necessariamente negativa (posição pessimista); a vida não é

necessariamente positiva (posição otimista). A vida é realista: cheia de contradições e paradoxos. Mas pode ser vivida através do Espírito da esperança de ressurreição.

Que benefício existe na ressurreição de Cristo para as pessoas que sofrem com HIV?

Primeiramente, através de sua ressurreição, Cristo superou a morte para que pudéssemos ser participantes em sua justiça, que ele conquistou para nós através de sua morte. A ressurreição estabelece uma identidade além do paradigma do estigma.

Segundo, através do seu poder nós também agora somos acordados e empoderados para uma nova vida. A ressurreição empodera pessoas a viver a vida como pessoas soropositivas não obstante sua situação.

Terceiro, a ressurreição de Cristo é uma garantia confiável do castigo final de Deus de todo tipo de pecado em Cristo e, portanto, da nossa nova libertação para a vida além da rotulagem e da estigmatização. A noção de estigma é trocada por carisma: a vida definida pelo Espírito de Deus.

A ressurreição tem as seguintes implicações para a teologia do cuidado pastoral:

- Promete a vitória sobre morte e instaura uma esperança viva em meio à ansiedade que circunda a morte.
- Restaura confiança na vida (*Neue Geborgenheit*) e proporciona segurança, porque abre uma nova hermenêutica, ou seja, a de experimentar o Deus vivo em todas as dimensões da existência, assim como em todo o cosmo. A vida torna-se uma oportunidade de corporificar a graça de Deus e de encarnar o amor.

O perigo da *theologia gloriae*

Esse perigo implica enfocar a vitória como se a realidade do sofrimento e da dor, do negativo, simplesmente não existisse. Um alerta contra o perigo da *theologia gloriae* é particularmente relevante quando se está tratando da temática esperança no sofrimento. Facilmente se pode dar a impressão que esperança cria um otimismo barato e uma euforia superficial. Se for assim, então a perspectiva da ressurreição no ministério tomou o caminho fácil para fora do problema de sofrimento e da estigmatização vinculados à pandemia.

A *theologia resurrectionis* não inspira as pessoas com HIV a ignorar seu sofrimento; busca encorajar as pessoas em sua luta e a instigá-las a encontrar significado em seu sofrimento. A esperança da ressurreição fomenta uma coragem de ser e nos impele a resistir ao mal. A esperança somente é esperança dentro do sofrimento, não é uma fuga do sofrimento nem uma tentativa de evitar o sofrimento. A realidade áspera do sofrimento continua sendo uma crítica imanente contra qualquer esperança que tenta evitar tensão, ansiedade, desespero, estigmatização e transigência usando mecanismos de defesa.

Esperança e vitória dentro do sofrimento não significam necessariamente vitória para fora do sofrimento. Ao contrário, às vezes a vitória precisa abraçar a esperança de não superar, isto é, revelar a paciência e a natureza longânima da esperança.

O triunfo falso (triumfalismo)³⁰ facilmente leva à autoglorificação e à autojustificação, sem mais nenhuma consideração de pecado e culpa. Ao contrário, o triunfo genuíno encontra-se na confissão de culpa e em receber vitória através da fé e da gratidão (*sola fide, sola gratia*). A responsabilidade humana no sofrimento é de fato viver em uma perspectiva de vitória. Essa perspectiva leva, através do Espírito, à luta, ao confronto, à paciência e à persistência. O poder maligno é destronado e desmascarado, mostrando sua verdadeira identidade: o poder antidivino da escuridão. O poder maligno é subjugado em princípio: “Ó morte, onde está o seu aguilhão?” Porém, apesar dessa vitória, esses poderes, mesmo assim, continuam reais e não são meros poderes fictícios. A graça não deve se tornar um “remédio barato” e ser usada como narcótico ou anestésico para suprimir o sofrimento humano, a dor e a ansiedade existencial.

Como cuidado vitorioso, cuidado pastoral não é triunfalista (autossuficiência), nem contém qualquer noção da *theologia gloriae* (para ignorar o dolorido da dor e do sofrimento). A vitória, como uma realidade escatológica, vincula a cruz com a ressurreição e lida com o dolorido da dor; é realista, porque lida com os muitos paradoxos da vida. A cruz pede entrega paciente, mas, ao mesmo tempo, pede protesto (lamentação). A ressurreição acorda para um senso de vitória e empodera a pessoa a enfrentar o sofrimento. O poder da ressurreição, porém, não leva à resignação nem à passividade. Pode até tornar a pessoa rebelde e ajudar na luta da pessoa contra o sofrimento.³¹

O cuidado pastoral na perspectiva de uma teologia da ressurreição

Uma *theologia resurrectionis* ajuda a identificar os seguintes indicadores teológicos que funcionam como paradigmas importantes na hermenêutica do cuidado com HIV. Esses indicadores devem ser os pilares de um currículo teológico. Também pode ajudar suplicantes na compreensão e interpretação do sofrimento na perspectiva da esperança da ressurreição:

- *Transformação*: a nova realidade dentro da realidade de dor e destruição. Então transformação significa que o poder da ressurreição, devido à presença interior do Espírito Santo, nos compele a combater os poderes destrutivos na nossa realidade. Nos termos do nosso tópico, o estigma deve ser transformado no que chamamos de carisma. As pessoas então são percebidas a partir da perspectiva do fruto do Espírito e não da perspectiva de fracasso e pecado.

- *Liberdade e libertação*: a experiência de perdão e reconciliação. Esse tipo de libertação lida com fracasso e pecado na perspectiva de salvação, ou seja, de que todo nosso errar e pecado, mesmo comportamento irresponsável, já estão apagados na cruz de Cristo. A ressurreição é a prova do fato da salvação: o passado já foi tratado por

³⁰ HALL, 1993, p. 78-79, refere-se ao triunfalismo cristão: ele obtém seu maior poder ideacional de uma teologia unilateral de redenção. Começa com uma teologia da criação que acentua o positivo e elimina qualquer traço de um negativo duradouro.

³¹ BERKHOF, H. *Christian Faith*. 2. ed. Grand Rapids: Eerdmans, 1983. p. 331: A ressurreição cria uma viva excitação na vida.

Deus e totalmente apagado. O pecado não existe mais nem conta mais. Portanto não somos mais vítimas, mas instrumentos da graça de Deus.

- *Visão, imaginação e futuro*: a força motivadora e impulsionadora por trás da antecipação e da expectativa. Nós somos agora motivados pela esperança da ressurreição. A esperança, portanto, é uma indicação não de pensamento positivo, mas de um novo posicionamento na vida, um novo modo de ser, isto é, de quem nós já somos em Cristo.

- *Testemunho*: a intenção de ir ao encontro de outros em seu sofrimento e sua dor. A intenção do nosso testemunho, portanto, não é, em primeiro lugar, de converter todas as pessoas, mas de revelar a elas a presença do Cristo ressurreto ao vivenciar o fruto do Espírito e convencê-las de que Deus está, de fato, presente em sua situação de dor e sofrimento. Meu estigma é agora parte de seu estigma.

- *Fidelidade*: a garantia de confiança apesar da desorientação e da desintegração. Mesmo que as pessoas continuarão a ser expostas ao sofrimento, a fé significa que podemos contar com a fidelidade de Deus. A ressurreição é prova do fato de que Deus nunca nos irá “soltar”.

- *Apoio*: edificação dentro da comunhão (*koinonia*) de crentes. A confissão básica da igreja é a fórmula da ressurreição: Jesus Cristo é o Senhor. Pode-se até dizer: a ressurreição é que constitui a igreja e não nossas percepções e preconceitos. Nessa comunhão recebemos nossos irmãos e nossas irmãs. Nós não os selecionamos de acordo com nossas percepções fenomenológicas e empíricas (estigma).

- *Conforto*: a coragem de ser, de suportar e de aceitar. A coragem de ser, de continuar com a vida não é mais determinada por nossas realizações, mas pelo conhecimento de que nossa nova identidade em Cristo se dá através do batismo para dentro da sua morte, para que nós também, sendo que Cristo foi ressurgido dos mortos, possamos viver uma nova vida (Rm 5.4).

- *Verdade*: confirmação divina e uma garantia, promessa de vida. A verdade da qual vivemos é relacionada a todas as promessas cumpridas por Deus. Nele, já recebemos tudo que precisamos para viver significativamente. Nós herdamos o mesmo poder que ressuscitou Cristo dos mortos (Ef 1.18-19).

Essa última perspectiva é extremamente importante para nossa discussão teológica sobre a pandemia de HIV. Ela revela o fato de que a teologia da ressurreição é a única prova do fato de que o “agulhão” dentro do sofrimento está, em princípio, finalmente apagado por Deus (1Co 15). A teologia da ressurreição é a única “prova” do fato de que não é a morte e a cruz na vida que têm a última palavra, mas, de fato, Deus e a vitória sobre sofrimento e morte. A ressurreição é a prova divina de que Cristo não morreu como um mártir, mas como um mediador.

A ressurreição confirma o fato de que Jesus Cristo é, de fato, o Filho de Deus. A ressurreição também confirma o fato de que a expiação na cruz é um ato de Deus. Quando a ressurreição é vista como uma revelação da divindade de Jesus dentro de sua humanidade, e assim permite que um foco particular caia sobre a missão divina de Jesus de Nazaré, isso não quer dizer que a ressurreição torna supérfluo o Jesus terrestre. É mais uma confirmação do trabalho mediador de Cristo como um ato do Deus Triúno.

A confirmação da natureza e origem divina de Cristo através da ressurreição revela o caráter divino do sofrimento de Jesus Cristo. Além disso, a ressurreição proclama o poder de Deus sobre a morte. Na ressurreição, a justiça e o amor de Deus alcançam sua forma final; como um ato divino, garante nossa salvação. Até confirma, por fim, a divindade de Cristo.

Em direção a um modelo abrangente de cuidado: ressurreição, revelação e cuidado comunitário

No debate público, a questão da revelação é levantada repetidamente. No documento *Living Openly*. HIV positive South Africans tell their stories [Vivendo abertamente. Sul-africanos soropositivos contam suas histórias]³², aponta-se que um dos componentes mais difíceis do HIV é o desafio de como viver abertamente nessa situação. Exige muita confiança e coragem para alguém falar abertamente sobre sua infecção – não somente a amigos e amados, mas ao público geral. “Para muitos que sabem do seu estado, revelação pública é difícil, pois requer um ambiente seguro³³ e apoio para falar abertamente sobre o HIV”³⁴. Não se abrir aponta para a doença do silêncio, das mentiras, da artificialidade do fingimento e da negação. Revelação trata de aceitação, identidade e cura.

Em termos de um modelo de aconselhamento que possa fomentar um ambiente seguro de confiança, duas questões estão estreitamente conectadas: revelação e aceitação. Aceitação sem revelação leva a uma vida artificial de mentiras, culpa e raiva. Revelação sem aceitação leva à crueldade do tratamento desumano, rejeição e preconceito destrutivo: “Não toque nesta pessoa”. Dentro da família, como no lugar de trabalho, revelação envolve correr o risco de ser rejeitado, por isso o medo da rejeição.³⁵

Aconselhamento sobre a questão da revelação não pode ser tratado sem mudar estereótipos e atitudes. A cura no caso do “vírus estigma” é a transformação de atitudes. Quando as atitudes são curadas, a pessoa que convive com HIV está sendo cura-

³² BEYOND AWARENESS CAMPAIGN. *Living Openly*. HIV Positive South Africans tell their Stories. Pretoria, HIV/AIDS and STD Directorate, Department of Health, 2000. p. 1.

³³ Veja o depoimento de Zackie Achmat (BEYOND AWARENESS CAMPAIGN, 2000, p. 23) sobre isso: “Minha revelação no parlamento foi num ambiente muito seguro, pois eu sou membro do *African National Congress* (ANC) [Congresso Nacional Africano] e tenho estado em torno de muitas pessoas dentro do ANC. [...] HIV trata de direitos humanos e me afeta pessoalmente. Por isso eu me abri”.

³⁴ BEYOND AWARENESS CAMPAIGN, 2000, p. 1. A história de Mercy Mkhalemele prova a questão: “Eu decidi ficar quieta por um tempo até que estivesse pronta e tivesse aceito minha situação. Não demorei muito. Foi duro falar sozinha para mim mesma, receber a informação sozinha e não ter ninguém a quem contar. Foi a coisa mais difícil manter dentro de mim. Foi a raiva que, de fato, me levou a querer dizer algo a alguém” (BEYOND AWARENESS CAMPAIGN, 2000, p. 2). Uma das complicações em se abrir foi a reação pública: “Não toque nesta criança, a mãe dela tem AIDS”. Outra reação: incredulidade e surpresa: “Eu não acredito, você parece tão bem, não pode ser verdade” (BEYOND AWARENESS CAMPAIGN, 2000, p. 3).

³⁵ A história de J. Ratono (BEYOND AWARENESS CAMPAIGN, 2000, p. 17): “Na igreja, o ministro me botou para fora quando ficou sabendo que eu era soropositivo. Outras igrejas aceitaram, mas eu cresci naquela igreja, então pensei que iriam me escutar. Se Deus está comigo, ele pode me tirar dessa”.

da. “Para mim, poder falar sobre o meu estado foi minha salvação [...] De se abrir e assumir o controle da doença em vez de deixar que a doença me controlasse”³⁶; “Contar às pessoas é o que realmente tem me trazido de volta para o meu eu verdadeiro”³⁷. Pode-se até dizer que contar a verdade tem se tornado um catalisador para medir a profundidade das relações verdadeiras e a integridade de ser igreja.

Revelação trata, em primeiro lugar, de identidade pessoal, maturidade e aptidão. Revelação começa consigo mesmo.³⁸ É necessário que você se abra primeiramente para você mesmo (honestidade, reconhecimento pessoal) para poder se abrir para outros. Abrir-se envolve sacrifício pessoal. Portanto é importante articular, através de aconselhamento, a intenção e os motivos de se abrir e o que se espera conseguir através de um processo de revelação. Por outro lado, revelação trata de como a sociedade, família e igreja estão preparados para o desafio de aceitação e amor incondicional. Revelação coloca a “carga da responsabilidade” sobre o ambiente de cuidado.

Implicações para um paradigma eclesial: cuidado no lar

A pandemia questiona e desafia nosso entendimento básico do que significa ser igreja. Efetivamente, HIV está se tornando uma crítica ao paradigma clerical tradicional com sua estrutura hierárquica: “A igreja tem AIDS”.³⁹ Eis a pergunta eclesiológica intrigante: “Como é que a igreja tem respondido?”

A igreja tem uma localização estratégica e é uma instituição reconhecida. Como uma instituição digna de confiança, ela articula e mobiliza recursos de agências enquanto, ao mesmo tempo, está intimamente conectada à comunidade. Portanto a igreja local pode funcionar como um recurso crucial, um canal e um vínculo com a comunidade, assim atendendo às necessidades das pessoas pobres. E através do delinear de um ministério de cuidado pastoral comunitário a partir do lar, a congregação poderia se estender para fora e oferecer apoio às pessoas afetadas. Fazendo assim, a igreja não só realiza uma função social para as famílias pobres e as que convivem com HIV, como também age de acordo com o chamado de mediar o reino de Deus. Para essa abordagem, o conceito comunitário do povo africano, *umunthu ungumunthu ngabanthu* (uma pessoa é uma pessoa por causa de outras pessoas/ou uma pessoa é uma pessoa através de outras pessoas) comumente chamado de *ubuntu*, é instrumental e é um conceito de construção inestimável que contribui para um cuidado pastoral congregacional (*koinonia*) exitoso e efetivo a partir do lar.

Smart⁴⁰ afirma que o cuidado no lar é a provisão de serviços abrangentes (incluindo as ciências sociais e de saúde) por cuidadores e cuidadoras formais e informais

³⁶ BEYOND AWARENESS CAMPAIGN, 2000, p. 7.

³⁷ BEYOND AWARENESS CAMPAIGN, 2000, p. 9.

³⁸ “Contar às pessoas realmente me trouxe de volta para meu eu verdadeiro. Agora eu tento ver o impacto nas outras pessoas, mas não em mim.” BEYOND AWARENESS CAMPAIGN, 2000, p. 9.

³⁹ DOWLING, K. The Church has AIDS. In: BYAMUGISHA, G. et al., 2002, p. 94.

⁴⁰ SMART, A. *Regular Electronic Newsletter for Health Care Workers and Community-Based Organizations on HIV Treatment in Resource – Limited settings*. Produced in Collaboration with St. Stephen’s AIDS

no lar para promover, restaurar e manter o nível máximo de conforto, funcionalidade e saúde da pessoa. Normalmente são iniciativas de ONGs, organizações comunitárias ou iniciativas baseadas na fé, mas requerem apoio e recursos financeiros suficientes para serem sustentáveis. Em situações de recursos limitados, sem a infraestrutura adequada para cuidar da saúde, esses serviços são necessários não somente para pessoas em fase terminal, mas durante todo o transcurso da doença. Muitas vezes é a única maneira de lidar com os sintomas continuados e emergentes do/da paciente, lá onde recursos para diagnósticos e tratamentos são limitados.

Essa definição captura as várias dimensões do cuidado e especialmente a centralidade do cuidado no lar em comunidades pobres, onde recursos médicos são escassos. A explicação de Smart ainda identifica tanto os provedores e as provedoras do cuidado como o propósito do exercício do cuidado. As pessoas devem receber apoio material, espiritual e emocional continuado.

Tanto Ncube e Uys esclarecem que o objetivo do cuidado no lar⁴¹ é para permitir que as pessoas com HIV possam ficar em casa e não precisem ir a um hospital, é para encorajar e capacitar a família para cuidar confiantemente da pessoa que está convivendo com HIV. Seu objetivo é fazer a vida o mais confortável possível, até a morte. O cuidado oferecido pode variar desde aconselhamento, dar informação, cuidado médico ou de enfermagem até assistência material.

Junto com um modelo de cuidado no lar, a igreja deve começar um “modelo de companheirismo”, que significa reunir pessoas que convivem com HIV em grupos nos quais devem ser encorajadas a se envolver com processos de educação e estratégias de prevenção. Também devem ser encorajadas a começar grupos de cuidado em bairros, que podem cuidar das necessidades básicas especialmente na fase terminal. Lidar com questões financeiras e outras questões estruturais abre novas dimensões ao dar atenção à função diacônica do cuidado (caridade).

O argumento para uma abordagem baseada no lar deve ser entendido dentro dos parâmetros de uma abordagem abrangente total, onde a igreja coopera com estruturas e organizações comunitárias diferentes. Dentro dessa abordagem abrangente o objetivo geral é: apoio, tratamento e prevenção. Tal abordagem abrangente do cuidado da saúde precisa ser extremamente sensível a barreiras que podem ser pedras de tropeço e contribuir para a má saúde, tais como desigualdade, privação, pobreza e estruturas sociais ineficazes; todos esses são fatores interconectados a um entendimento abrangente, social do cuidado da saúde e de prevenção.

Trust and the International HIV/AIDS Alliance, 2004. Disponível em: <<http://www.aidsmap.com/en/docs/A5A87EC4-00E2-4F7F-9459-14C308AE908C.asp?type=preview>>. Acesso em: 15 set. 2004.

⁴¹ A literatura sobre o cuidado no lar se refere a três sistemas (modelos) básicos de cuidado no lar. UYS, L. A Model for Home-Based Care. In: UYS, L. & CAMERON, S. (Eds). *Home-Based HIV/AIDS Care*. Cape Town: Oxford University Press, 2003. p. 5, nessa sua publicação inédita [Cuidado de HIV/AIDS no lar], identifica-os como cuidado integrado no lar, cuidado de serviço único no lar e cuidado informal no lar.

Conclusão

O paradigma teológico da *theologia crucis* revela a paixão e compaixão de um Deus sofredor. A cruz também revela nosso dilema humano, ou seja, nossa destituição, nossa falta de poder, brutalidade, comportamento violento, ações irresponsáveis. No debate sobre HIV, não podemos ignorar questões morais e a realidade do mal, e, assim, a perspectiva da graça, salvação, perdão e reconciliação. Nosso passado está totalmente apagado. Somos livres, até da culpa e dos sentimentos de culpa.

Uma *theologia resurrectionis* revela o poder irresistível e vitorioso de um Deus vivo e fiel. A ressurreição é um protesto divino e a aniquilação de todas as formas de morte, rejeição e destruição. A ressurreição estabelece a vida como coragem para ser; ela transforma a vida para uma nova forma do fruto do Espírito (pneumatologia), a fim de promover a dignidade humana, a justiça e o *shalom* do reino de Deus. No debate sobre HIV, a ressurreição instaura esperança como a nova condição de ser e um novo estado mental. A ressurreição trata de uma crítica final da estigmatização; empodera as pessoas sem poder e as chama à lamentação, resistência e transformação. O estigma não mais determina nossa identidade e, sim, o carisma.

Pode-se dizer que o paradigma da ressurreição redefine “vida”. A vida torna-se uma categoria transformadora, que empodera seres humanos a viver vitoriosamente. A convicção de Paulo de que a morte foi tragada pela vitória (1Co 15.15) pode ser vista como a variante do Novo Testamento da lamentação no Antigo Testamento. A única diferença é que o grito é agora transformado num ponto de exclamação. A vida definida pelo poder da ressurreição de Cristo acende uma esperança com um efeito curador sobre nosso ser: ela dota os seres humanos com uma coragem viva e um zelo pela vida. Nossa existência, luta, sofrimento e comportamento diários se transformam em corporificação da graça de Deus.

A vida ganha um significado sacramental e, portanto, simbólico. Ela representa o Deus vivo de tal maneira que a pandemia de HIV se transforma a si mesma numa “brecha” para dentro das ações de Deus de transformação (o protesto de Deus contra e a resistência divina ao vírus: esse não deverá mais determinar nossa identidade humana) assim como a sua presença vitoriosa mora dentro da pandemia.

A ressurreição desafia nosso entendimento fixo e hierárquico de ser igreja. Ela abre os olhos da igreja para novos modelos eclesiais que levam a sério o desenvolvimento das comunidades. Assim, o pedido por uma compreensão mais informal e comunitária da igreja para responder ao desafio apresentado por HIV/AIDS às igrejas: zero igrejas incompetentes, isto é, eclesiologias que “servem” aos interesses das denominações, mantendo a instituição e os escritórios funcionando e não enfocando, de fato, na busca humana por dignidade e identidade.

Referências bibliográficas

- AUGSBURGER, D. W. *Pastoral Counseling across Cultures*. Philadelphia: Westminster, 1986.
BERKHOF, H. *Christian Faith*. 2. ed. Grand Rapids: Eerdmans, 1983.

- BEYOND AWARENESS CAMPAIGN. *Living Openly*. HIV Positive South Africans tell their Stories. Pretoria, HIV/AIDS and STD Directorate, Department of Health, 2000.
- BORNKAMP, G. Kreuz. In: *Diskussion um Kreuz und Auferstehung*. 3. ed. Wuppertal: Ausaat, 1986.
- BÖSCHEMEYER, U. *Die Sinnfrage in Psychoterapie und Theologie*. Berlin: De Gruyter, 1977.
- BYAMUGISHA, L. Y. et al. *Journeys of faith*. Church-based responses to HIV and AIDS in three Southern African countries. St Albans: TALC, 2003.
- DUBE, M. W. Towards Multi-Sectoral Teaching in a Time of HIV/AIDS. In: DUBE, M. W. (Ed.). *HIV/AIDS and the Curriculum*. Geneva: WCC Publications, 2003. I–viii.
- DYK, A. van. *HIV/AIDS Care and Counselling*. A Multidisciplinary Approach. 3. ed. Cape Town: Maskew Miller, 2005.
- FRETHEIM, T. E. *The Suffering of God*. Philadelphia: Fortress Press, 1985.
- GENNRICH, D. *The Church within a HIV World: a Practical Handbook*. Pietermaritzburg: Cluster Publications, 2004.
- GOFFMAN, E. *Stigma. Notes on the Management of Spoiled Identity*. 2. ed. Englewood Cliffs: Prentice-Hall; Penguin Books, 1990.
- HAERING, H. Het kwaad als vraag na Gods macht en machteloosheid. In: *Tijdschrift voor Theologie*, v. 26, n. 4, p. 351-372, 1993.
- HALL, D. *Professing the Faith*. Minneapolis: Fortress Press, 1993.
- HICK, J. *The Metaphor of God Incarnate*. Louisville; Kentucky: Westminster, 1993.
- HOFFMAN, W. W. & GRENZ, S. J. *AIDS Ministry in the Midst of an Epidemic*. Grand Rapids: Baker Book House, 1990.
- LOUW, D. J. *Cura Vitae*. Illness and the Healing of Life. Wellington: Lux Verbi, 2008.
- LOUW, D. J. *Meaning in Suffering*. A Theological Reflection on the Cross and the Resurrection for Pastoral Care and Counselling. Frankfurt: Peter Lang, 2000.
- McFAGUE, S. *Models of God*. Philadelphia: Fortress, 1988.
- McGRATH, A. E. *Luther's Theology of the Cross*. Oxford: Blackwell, 1985.
- MOLTMANN, J. *Der gekreuzigte Gott*. München: Kaiser, 1972.
- MOLTMANN, J. *Theologie der Hoffnung*. 5. ed. München: Kaiser, 1966.
- NCUBE, V. S. Responsibility in Inculturation: The Healing Ministry in a Zulu Context. In: BATE, S. C. (Ed.). *Responsibility in a Time of AIDS*. A Pastoral Response by Catholic Theologians and AIDS Activists in Southern Africa. Pietermaritzburg: Cluster Publications, 2003.
- NOUWEN, J. M. *The Wounded Healer: Ministry in Contemporary Society*. New York: Image, 1997.
- SAROT, M. Pastoral counselling and the compassionate God. In: *Pastoral Psychology*, v. 43, n. 3, p. 185-190, 1995.
- SMART, A. *Regular Electronic Newsletter for Health Care Workers and Community-Based Organizations on HIV Treatment in Resource – Limited settings*. Produced in Collaboration with St. Stephen's AIDS Trust and the International HIV/AIDS Alliance, 2004. Disponível em: <<http://www.aidsmap.com/en/docs/A5A87EC4-00E2-4F7F-9459-14C308AE908C.asp?type=preview>>. Acesso em: 15 set. 2004.
- SUURMOND, P. B. *God is machtig maar hoe?* 2. ed. Baarn: Ten Have, 1984.
- UYS, L. A Model for Home-Based Care. In: UYS, L. & CAMERON, S. (Eds). *Home-Based HIV/AIDS care*. Cape Town: Oxford University Press, 2003.
- WCC Document. *Facing Aids*. Geneva: WCC Publications, 1977.