

Acompanhamento pastoral junto a doentes terminais: exame de possíveis intervenções

Pastoral care with terminal patients: an examination of possible interventions

Acompañamiento pastoral junto a enfermos terminales: examen de posibles intervenciones

Márcio Divino de Oliveira

RESUMO

Este artigo, situado em Teologia Prática, trata do acompanhamento pastoral às pessoas em crises, especialmente àquelas que enfrentam doença terminal. Assim, oferece subsídios aos/às pastores/as e conselheiros/as cristãos no trato dessa realidade.

Palavras-chave: Poimênica; acompanhamento pastoral; pessoas em crises; doentes terminais.

ABSTRACT

This text, situated in Practical Theology, deals with pastoral care with persons in crisis, specifically those that are facing terminal diseases. As such, it offers resources to pastors and Christian counselors in dealing with this reality

Keywords: Poimenica; Pastoral Care; Persons in Crisis; Terminal Patients.

RESUMEN

Este artículo, situado dentro de la Teología Práctica, trata del acompañamiento pastoral a las personas en crisis, especialmente a aquellas que enfrentan enfermedad terminal. Así, ofrece subsidios a los/las pastores/as bien como a consejeros/as cristianos en su relación con esa realidad.

Palabras clave: Poiménica; acompañamiento pastoral; personas en crisis; enfermos terminales.

Introdução

A crise é um processo natural da vida humana, está ligada às diferentes fases e situações que tocam a existência da pessoa. Muitos indivíduos conseguem reunir recursos pessoais para elaborar suas crises, outros necessitam de ajuda para vencê-las.

O/A pastor/a como alguém que domina certos conhecimentos e técnicas da área da psicologia, habilidades na arte do aconselhamento pastoral, pelo menos àqueles/as que figuram em igrejas protestantes históricas (Metodista, Presbiteriana, Congregacional, Batista, etc.), poderão oferecer ajuda às pessoas que enfrentam crises, em particular indivíduos que enfrentam doença terminal.

O artigo está estruturado em três tópicos. No primeiro são apresentadas discussões sobre a natureza e a dinâmica das crises. No segundo é investigada a dinâmica das crises em pessoas que enfrentam doença terminal. Por fim, no terceiro tópico são avaliadas possíveis intervenções pastorais nestes casos.

1. A natureza e a dinâmica das crises

O que é uma crise? A crise, como indicado anteriormente, constitui uma experiência comum da vida e estrutura humana. De modo geral, concebe-se que uma crise emerge de determinado fator e/ou fatores que se apresentam ao sujeito com potencial de ameaçar e/ou desequilibrar seu mundo íntimo, sua personalidade ou suas relações.

Na visão de Switzer¹ (apud FARRIS, 2006), as crises estão relacionadas diretamente com “situações cruciais” que tem o poder de afetar profundamente os três níveis da existência humana ou sua consciência: a pessoa em suas necessidades imediatas; a pessoa em sua identidade; a pessoa em sua preocupação ontológica.

As crises podem ser classificadas em dois tipos: desenvolvimentais e emergenciais ou acidentais. O primeiro grupo de crises está relacionado aos processos de maturação de uma pessoa: crise de nascimento, de crescimento, de maturidade, de velhice e da morte, entre outras. Já o segundo, as crises emergenciais ou acidentais, podem acontecer em qualquer instante ou estágio da vida humana, como resultado de situações inesperadas e em circunstâncias excepcionais: divórcio, acidente ou doenças graves, morte de um parente, perda de bens, desemprego, gravidez não desejada, etc. (CLINEBELL, 1998, p. 181-182)².

¹ Switzer, pastoralista norte-americano, um dos importantes estudiosos na abordagem sobre teorias de crises.

² CLINEBELL, pastoralista norte-americano, um dos expoentes estudiosos da área de psicologia pastoral. Escreveu o importante livro de aconselhamento pastoral (1998). Obra essa adotada em vários Seminários e Faculdades de Teologia protestantes brasileiras.

Quanto à dinâmica das crises estas obedecem a certas fases. O primeiro momento da crise está ligado ao “*evento precipitador ou o estímulo externo* que desencadeia o processo”. O segundo momento com a *Avaliação* do nível de ameaça que um determinado evento precipitador de crise pode trazer à pessoa envolvida. O terceiro momento da crise é marcado pelo *levantamento dos recursos disponíveis* para o enfrentamento da mesma por parte da pessoa envolvida. Por fim, o quarto momento está relacionado com o *desencadeamento da crise em si*. Sua proporção poderá ser em menor ou maior escala, dependendo da avaliação da crise e levantamento dos recursos disponíveis para o enfrentamento da mesma (HOCH, 2003, p. 34)³.

A dinâmica da crise em pessoas com doença terminal

2.1. Aspectos gerais

O encontro de uma pessoa com a doença, seja ela de que ordem for, já é um precipitador de crises. E essas instauram enormes conflitos na vida psíquica e exterior dos indivíduos afetados por uma enfermidade, como demonstra a citação:

A primeira verificação que o doente faz é aquela da ruptura de sua unidade subjetiva. Quando estava são, não sentia o peso de sua corporeidade; todo o seu ser obedecia ao impulso de sua vontade. Agora sente o corpo como alguma coisa distinta do seu eu, sente-se dividido (BALDESSIN, 2000, p. 98).

Essa dinâmica é muito mais acentuada, perturbadora da ordem interior e exterior de pessoas que são diagnosticadas com doença terminal. De acordo com Baldessin⁴ um doente terminal “deve ser entendido como enfermo acometido de uma doença crônica, cujo prognóstico é ruim, com lento declínio progressivo das funções fisiológicas normais” (BALDESSIN, 2000, p. 183-184).

Em outras palavras, o doente terminal trata-se de uma pessoa portadora de doença grave, já desenganada pelos médicos, cujas possibilidades de tratamentos convencionais foram todos esgotados e a mesma se encontra diante de sua finitude. Portanto, conceituar doente terminal é tocar no limiar da vida e da morte.

³ Lothar Carlos Hoch é pastor da Igreja Evangélica de Confissão Luterana no Brasil e professor de Aconselhamento e Psicologia Pastoral (ACPP) na Faculdade EST, São Leopoldo, RS, coleciona vários artigos sobre a área da pastoral e os processos de crises.

⁴ Anísio Baldessin é padre camiliano e capelão do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (USP). Atua desde 1997 na área de educação e pastoral clínica, possui importantes obras inscritas sobre pastoral clínica e pastoral da saúde.

2.2. Compreendendo o paciente terminal: os cinco estágios de Kübler-Ross⁵

Existe uma variedade de estudos sobre a evolução e percepção das crises em doentes terminais, todavia avaliaremos neste artigo os estudos da psiquiatra suíça Elisabeth Kübler-Ross (2000). Em suas pesquisas, Kübler-Ross apresenta dados valiosos sobre os estágios enfrentados pelas pessoas diante do processo de morrer. Veja quais são esses estágios.

Primeiro Estágio: Negação. Segundo Kübler-Ross (2000) logo que o paciente recebe a notícia de sua doença grave, como expressão de entrada na crise, ele esboça atitude de recusa e negação ao diagnóstico dado. Neste momento é comum a pessoa expressar-se em termos como: “não, não sou eu; deve ter havido algum engano no diagnóstico”. Assim, é comum o doente procurar outros médicos para desmentir o primeiro diagnóstico, na tentativa de fortalecer sua ilusão. Evidentemente que a negação neste caso serve como um importante mecanismo de defesa para evitar a desintegração psíquica da pessoa, a sensação de aniquilamento, até que pessoa retome sua ordem interna.

Segundo Estágio: Raiva ou Revolta. Esta fase recebe essa classificação pelo fato de ser natural neste estágio a pessoa com diagnóstico de doença grave esboçar profunda revolta, cólera, raiva contra todos à sua volta: os familiares, médicos/as, pastor/a, Deus. A principal pergunta neste estágio é: “Por que eu?”. É importante não julgar o doente nesta fase, mas favorecer a expressão de sua revolta, pois esta está ligada a ameaça da morte.

Terceiro Estágio: Barganha. Relativamente consciente de seu real estado, o doente neste estágio procurará negociar com médicos/as, pessoas que representam fontes de segurança e proteção, instituições e/ou próprio Deus, sua melhora de saúde ou mais tempo de vida. É uma tentativa do doente de manter-se no controle, recorrendo-se a subterfúgios e/ou estratégias de manipulação. Neste sentido, pode haver uma reconciliação com a família, com outras pessoas em sua volta, a redescoberta do sentido religioso pela pessoa, retornando a esta experiência com forte fervor.

Quarto Estágio: Depressão. Nesta fase o doente entra num estado de profunda desesperança, perda de sentido e desejo de viver. Na visão de Farris (1996, p. 108-109) “esta fase representa a entrada na realidade da

⁵ Médica Psiquiatra de origem suíça, pioneira nos estudos sobre tanatologia – o processo de morrer –, responsável por profundas contribuições para a humanização dos doentes terminais em face do processo do morrer.

morte e o entendimento de que ela é inevitável”. De acordo com Heimann⁶ (2005) é “um tempo de profunda tristeza e preocupação, onde a realidade das perdas se intensificará e se tornarão quase insuportáveis para o doente. Surge sensações de esvaziamento, aniquilamento e perda de tudo o que lhe é importante”. Farris (1996, p. 108-109) entende que é “muito difícil prever a duração desta fase. Às vezes, é curta; às vezes, a pessoa morre nesta fase por causa de uma combinação da doença e da depressão”.

Quinto Estágio: Aceitação. Superada as fases anteriores, mais resignado, depois de tantas lutas e sofrimentos, o doente começa finalmente a experimentar a aceitação de sua morte. Segundo Paula⁷ (2006, p. 113) “nesse estágio a pessoa, de certa forma, cessa de lutar e chega até a ter uma melhora repentina como se fosse uma preparação para a hora derradeira”. Todavia não é uma fase de todo linear, paz absoluta, pois a fase da aceitação está quase sempre misturada com momentos de medo, de ira, de depressão e incerteza. Um fator determinante para a boa elaboração desta fase, certamente serão os centros de sentido da pessoa: as crenças, a fé, a teologia, a ontologia, a filosofia, etc. (FARRIS, 1996, p. 108-109).

É preciso ressaltar que os estágios citados não seguem uma ordem linear como apresentado, apenas indicam uma tendência geral, podendo variar conforme a pessoa. Outro destaque sobre esse assunto é que nem todos os doentes terminais passam por todas essas fases, alguns sucumbem antes mesmo de enfrentar todos os estágios.

3. Intervenções pastorais junto às pessoas com doença terminal

Como indicado, a doença terminal coloca a pessoa diante da realidade da morte. Por isso sua dramaticidade! Parte da rica tradição cristã de auxílio aos indivíduos em crises, o/a pastor/a têm diante de si uma singular oportunidade de marcar a vida das pessoas neste momento difícil por meio da ajuda poimênica⁸, como Clinebell indica:

⁶ Thomas Heimann é psicólogo clínico e pastor da Igreja Evangélica Luterana do Brasil. Professor da Universidade Luterana do Brasil/ULBRA. Realiza estudos na área do cuidado com pacientes terminais.

⁷ Blanches de Paula é psicóloga e pastora metodista, docente da Faculdade de Teologia da Universidade Metodista de São Paulo (UMESP), possui pesquisas e artigos publicados sobre o tema da morte e o processo de morrer, bem como sua interface pastoral junto as comunidades evangélicas.

⁸ A palavra poimênica, segundo Schneider-Harpecht (1998, p. 291) é compreendida tradicionalmente como a “ciência do agir do pastor”. Clinebell (1998, p. 25) a define como o ministério amplo e inclusivo de cura e crescimento mútuo dentro de uma congregação e de sua comunhão, durante todo o ciclo da vida.

O atendimento aos doentes terminais e suas famílias é uma oportunidade importantíssima de poimênica. Lembro-me vivamente da dor e da riqueza de se estar com indivíduos e famílias na qualidade de pastor seu, durante as últimas semanas, dias e horas de uma enfermidade fatal. Seu reconhecimento sincero foi indicação clara de quanto precisavam de atendimento pastoral de apoio (CLINEBELL, 1998, p. 222).

As considerações de Clinebell são importantes, pois além de despertar para o valor da atuação do/a pastor/a em momentos cruciais da vida de uma pessoa moribunda, apresenta certos acenos de possíveis ações pastorais nestes casos.

O trabalho pastoral junto a doentes terminais traz bastante satisfação, todavia não trata de uma tarefa fácil. Os pastores e pastoras precisam estar conscientes desta realidade, assim como dispostos/as a fazerem uma reflexão profunda sobre sua vida e sua própria finitude, se intentam prestar um bom acompanhamento a pessoas nesta situação, conforme Heimann alerta:

Trabalhar com pacientes terminais não é apenas um ato de amor, dedicação e abnegação ao outro, mas de auto-conhecimento, de reflexão sobre a sua própria existência e morte. É um mergulho nas profundezas do seu próprio ser (HEIMANN, 2005, p. s/n).

Operado de maneira sincera esse autoexame e/ou reflexão pessoal sobre sua finitude, o/a pastor/a terá diante de si uma especial oportunidade de ajudar o doente terminal a enfrentar as crises produzidas por essa dura realidade com êxito. A seguir, veja algumas intervenções importantes no trato pastoral às pessoas com doença terminal.

a) Prover amparo e consolo

Conforme exposto, a doença terminal coloca a pessoa diante de sua finitude e desperta em seu interior inúmeras reações: negação, raiva ou revolta, barganha, depressão e aceitação. Em todas estas fases é fundamental para a pessoa doente receber amparo e consolo daqueles/as que representam seu centro de apoio e sentido: família, amigos/as, líder religioso. Portanto, a presença pastoral solidária representa muito nestes momentos, como Clinebell demonstra:

O pastor move-se de uma crise para outra com as pessoas a quem pastoreia [...] Dois mil anos de ministério cristão condicionaram os cristãos a esperar que seus pastores estejam com ele nessas épocas de crise. Portanto, o pastor cristão assume sua tarefa na força de uma grande herança. Embora tenha uma sensação de temor na presença das misteriosas e tremendas

crises da vida, ele também tem uma sensação de segurança no fato de seu povo desejar e esperar que ele esteja presente em tempos de provação (CLINEBELL, 1998, p. 178).

Para suprir esta necessidade de amparo e apoio, sobretudo espiritual das pessoas que enfrentam doenças terminais, durante os diferentes estágios da sua doença, o pastor e/ou a pastora poderá elaborar um programa periódico de visitação e aconselhamento a essas pessoas visando oferecer-lhes sua presença amiga, sustentação e nutrição espiritual.

b) Prover sentido realista

As pessoas precisam de sentido para viver, principalmente aquelas que enfrentam doenças graves. Por isso, os/as pastores/as como símbolos da dimensão dos sentidos últimos, em seu acompanhamento a doentes terminais devem reunir esforços no sentido de prover sustento e nutrição espiritual capazes de ajudarem essas pessoas enfermas a reorientar sua vida em meio à turbulência existencial. É o que Clinebell explica:

No ministério, em casos de crise, o papel dos pastores como despertadores de sentido e de esperança realista é crucialmente importante. Como possibilitadores de crescimento espiritual, sua função singular é ajudar pessoas acometidas por crises a descobrir a significatividade última da vida vivida num relacionamento com Deus, cujo amor inabalável está sempre disponível, mesmo em meio a terríveis tragédias (CLINEBELL, 1998, p. 179).

As reflexões de Clinebell são valiosas, pois como visto anteriormente, uma reação comum às pessoas que enfrentam doenças terminais é a de criarem certas ilusões quanto à possibilidade do seu diagnóstico estar errado (fase da Negação); tentativa de manipular os centros de segurança e poder para negociar sua cura ou um tempo maior de vida (fase da Barganha).

Os pastores e pastoras não devem alimentar estas fantasias, nem tão pouco negar a possibilidade de esperança, todavia devem fornecer àqueles que acompanham “esperança realista”, conforme Rupp e Hutchison (2001, p. 15) salientam:

Aprendi com Gary, com minha mãe, com meus pacientes e suas famílias que morrer é apenas uma parte de nossa jornada de vida. Estamos todos nessa jornada, e morrer é uma parte dela para cada um de nós. O que não significa que não haja esperança. A esperança apenas se transforma em uma esperança muito realista e prática. A esperança apenas muda de “esperar ficar curado” para “espero poder continuar trabalhando”; de “espero ser capaz de poder continuar a comer” para “espero ter uma morte confortável, livre de dor”.

O trabalho de sustentação e nutrição pastoral junto a doentes terminais deve incluir uma reflexão pastoral e teológica realista do sentido da doença e da morte. Também deve ajudar a pessoa encontrar sentido em sua existência enquanto houver fôlego de vida. Daí o valor da mutação da esperança, como visto na citação anterior.

Por fim, o acompanhamento pastoral a doentes terminais deve ainda beneficiar o autoconhecimento da pessoa, bem como o estímulo a vivência plena da vida por parte do doente enquanto existir fôlego de vida, possibilitando a realização de desejos e sonhos. Com relação a este último item, o/a pastor/a deve dialogar com a família e os/as médicos/as para verificar se isto não irá prejudicar o doente.

c) Favorecer a reconciliação: existencial, relacional e transcendental

É possível que doentes terminais cheguem a seus últimos momentos de vida presos a situações não resolvidas, como a falta de perdão. Os/As pastores/as, como portadores/as de sentidos últimos, em seu acompanhamento espiritual devem ajudar essas pessoas na resolução desses conflitos. Para que possam enfrentar a morte em paz consigo mesmas, os outros em sua volta e o próprio Deus. Neste sentido, Hennezel e Leloup (2005) afirmam:

[...] penso muitas vezes no brinde que podemos dar a alguém, sentando-nos ao seu lado, silenciosamente, com uma respiração calma. Mas também é importante dizer uma palavra que permita à pessoa não se identificar com a soma de seus atos passados, uma palavra de perdão (HENNEZEL; LELOUP, 2005, p. 79).

A citação mostra como uma palavra de perdão pode operar transformações profundas na vida de quem enfrenta doença terminal. Hennezel e Leloup (2005, p. 64) indicam como pode ser abençoadora esta experiência também à vida das pessoas da rede relacional do doente:

Às vezes, nos últimos instantes de uma vida, vi operarem-se redenções. É como se todo o amor que não tinha sido dado fosse oferecido nesse momento, nessas horas derradeiras [...] Assim pode haver mortes redentoras. Morte em que a dimensão da dádiva “Salva”, de alguma maneira, uma família, uma geração inteira. Neste sentido, estamos bem longe do medo. O amor exclui o temor e, se nascemos para apreender a amar, até mesmo nos últimos instantes, não é tarde demais.

Como se observa, o esforço por promover reconciliação é abençoador, o mesmo se pode afirmar da demonstração de outros sentimentos nobres

como o amor, o carinho, a amizade e a gratidão às pessoas queridas. Assim, constitui ajuda significativa do/a pastor/a favorecer a demonstração destes sentimentos em seu acompanhamento a doentes terminais.

d) Prover acompanhamento à família do doente

O acompanhamento pastoral em situações de crises deve incluir o sustento e nutrição espiritual não apenas a pessoa doente, mas também a seus familiares. Pois, os familiares experimentam fortes conflitos e necessidades de auxílio similares aos das pessoas portadoras de doença terminal (Cf. KÜBLER-ROSS, 2000). É o que apontam os relatos:

Enquanto ficava ali sentada da manhã à noite, eu desejava ansiosamente que uma das pessoas que entravam no quarto de Gary me desse um abraço, um toque. Minha pele estava como que morrendo por falta de contato, e eu ansiava por um abraço confortador. Lembro-me de que ficava pensando um dia após o outro: Espero poder recordar-me disso quando cuidar dos meus pacientes e de suas famílias (RUPP; HUTCHISON, 2001, p. 14).

O acompanhamento aos familiares da pessoa doente, como indicado, além de ajudá-los no enfrentamento dos dramas vividos, será de grande valia para o enfermo, pois trará tranquilidade ao doente em saber que não apenas ele está amparado pelo/a seu/a pastor/a, mas também seus familiares.

Às vezes o prolongamento do tratamento torna-se doloroso a vida do moribundo e muitos parentes vivem o conflito: prolongar a vida do doente por meio de aparelhos ou permitir que a pessoa viva seus últimos instantes na comunhão da família com tratamentos paliativos. O/a pastor/a, ouvindo o/a médico/a, poderá auxiliar os parentes na resolução destes conflitos, esclarecendo-lhes sobre os benefícios do tratamento humanizado.

e) Ajudar a pessoa doente a morrer com dignidade

Além de amparar seus paroquianos ou pessoas de seu ciclo relacional em suas enfermidades, diante da morte, o/a pastor/a terá como sua principal função oferecer a essas pessoas suporte espiritual para enfrentarem sua última jornada nesta terra: a morte. Rupp e Hutchison (2001, p. 16) sintetizam esta experiência no relato a seguir: “Estar junto de quem morre é uma das mais íntimas experiências nesta terra. É muito parecido com estar na sala de parto quando nasce um bebê, e todos nós sabemos o milagre que é isso. Pois está na outra ponta da vida de uma pessoa, quando ela se prepara para nascer para a vida eterna, é um milagre igual.”

Nesta sua atividade de suporte e nutrição espiritual nos instantes últimos da vida de alguém, o pastor e a pastora devem primar-se pelo

respeito à posição religiosa da pessoa doente que acompanha: em caso desta não ser cristã. Neste momento não cabe proselitismo, pois na hora da morte, o que “fala” mais é a presença solidária do/a pastor/a junto a quem ele/ela está acompanhando, não os dogmas religiosos, como Baldessin indica:

Trata-se, então numa perspectiva pastoral, de colocar-se ao lado do moribundo seguindo o caminho do amor e da verdadeira compaixão, que nossa humanidade comum impõe e que a fé no Cristo Redentor, morto e ressuscitado, ilumina com as novas razões (BALDESSIN, 2000, p. 191).

Nestes momentos finais, singular da vida humana, o doente poderá desejar confidenciar algo que o aprisiona, receber uma unção, oração especial, participar pela última vez da comunhão, etc. O/a pastor/a deve estar sensível a estas reivindicações da pessoa e dialogar com os seus símbolos religiosos, pois isto possibilita sua reconciliação e traz conforto espiritual. Ademais, deve auxiliar os parentes do doente na aceitação da realidade da morte de seu ente querido/a, pois lhe ajudará muito a ter uma boa morte.

Considerações finais

O pastor e a pastora exercem a tarefa vocacional de acompanhamento às pessoas em crise, inspirados na figura do Mestre dos mestres, Jesus Cristo, que expressou amor, compaixão e compreensão às pessoas sofredas de seu tempo, provendo-lhes recursos para superação de suas angústias e aflições. Além deste exemplo, têm a sua disposição a milenar tradição poimênica de *cura d'alma*, composta por cristãos como:

João Crisóstomo (+ 407), Ambrósio de Milão (+ 397), Martim Lutero, Richard Baxter, Horace Bushnel e Washington Gladden. Essa lista também inclui um longa lista de mulheres que, a partir de uma motivação religiosa, dedicaram suas vidas às “pessoas necessitadas”, a saber: Elizabeth Anne Seton, Harriet Beecher Stowe, Elizabeth Blackwel, Florece Nightingale, Francês Xavier Cabrini, Jane Addams e Dorothy Day (CLINEBELL, 1998, p. 38).

Cada personalidade citada realça a multidão de cristãos/ãs que, no desempenho de sua práxis, marcaram seu tempo pela ajuda, consolo, fortalecimento e crescimento das pessoas em meio as suas crises. Tarefa essa experimentada por vários pastores e pastoras contemporâneos, apesar da banalização da figura pastoral na cultura brasileira.

Vale lembrar que a ação pastoral junto às pessoas em crises é uma assistência limitada ao seu âmbito de atuação, não devendo ser

confundida com o auxílio psicológico ou psiquiátrico, os quais possuem sua especificidade e importância dentro de um processo mais profundo de ajuda às pessoas que enfrentam crises.

O presente ensaio demonstrou o quanto o trabalho de assistência poimênica às pessoas em meio às crises oriundas de doença terminal, provendo sustento e nutrição espiritual é importante. A expectativa é que este artigo contribua para a reflexão e inspiração de práxis pastorais encarnadas junto às igrejas e sociedade.

Referências

BALDESSIN, Anísio. *Como fazer pastoral da saúde?* São Paulo: Loyola/Província Camiliana Brasileira, 2000.

BOFF, Leonardo. *Crise: oportunidade de crescimento*. São Paulo: Verus Editora, 2002.

CLINEBELL, Howard J. *Aconselhamento pastoral: modelo centrado em libertação e crescimento*. São Paulo/São Leopoldo: Paulus/Sinodal, 1998.

FARRIS, James. "Intervenção na crise: perspectivas teológicas e implicações práticas". In: *Estudo de Religião*. São Bernardo do Campo, ano. 11, n. 12, p.101-118 (dez. 1996).

_____; R. Howard Clinibell. Pastoral com pessoas em crise. Texto não publicado, apresentado na disciplina: Teorias de Crise, Religião e Processos Terapêuticos, curso de pós-grad. em ciências da Religião, UMESP, 1º sem. 2006.

FRIESEN, Albert. *Cuidado do ser: treinamento em aconselhamento pastoral*. 3. ed. Curitiba: Esperança, 2004.

HEIMANN, Thomas. *Cuidado com pacientes terminais: dimensões psicológicas*. Texto não publicado, apresentado em Curso de Aconselhamento Pastoral a Doentes Terminais, promovido pelo Inst. de Pastoral da Faculdade de Teologia da Igreja Metodista. S.B.Campo-SP, abril de 2005.

HENZEZEL, Marie de; LELOUP, Jean-Yves. *A arte de morrer: tradições religiosas e espiritualidade humanista diante da morte na atualidade*. 8. ed. São Paulo: Vozes 2005.

HOCH, Lothar Carlos. "A crise pessoal e sua dinâmica: uma abordagem a partir da psicologia pastoral". In: SHEUNEMANN, A. V.; HOCH, L. C. (Org.). *Redes de apoio na crise*. São Leopoldo: EST/ABAC, 2003.

KÜBLER-ROSS, Elizabeth. *Sobre a morte e o morrer*. São Paulo: Martins fontes, 2000.

KÜBLER-ROSS, E.; KESSLER, D. *Os segredos da Vida*. Rio de Janeiro: Sextante, 2004.

PAULA, Blanches de. "Luto e existência: contribuição do método fenomenológico para os estudos sobre o luto". In: *Caminhando*, v. 12, n. 1 [17], p. 105-114 (1 sem. 2006).

RUPP, J.; HUTCHISON, J. *Caminhando com doentes terminais: coragem e consolo para cuidadores*. São Leopoldo: Sinodal, 2001.

SCHNEIDER-HARPPRECHT, Christoph. "Aconselhamento pastoral". In: *Ibidem* (Org.). *Teologia prática no contexto da América Latina*. São Leopoldo / São Paulo: Sinodal / ASTE, 1998, p. 63-78.