

UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA
FACULDADE DE MEDICINA
PROGRAMA DE RESIDÊNCIA EM ÁREA MULTIPROFISSIONAL DA SAÚDE
(UNI E MULTIPROFISSIONAL) – PRAPS/FAMED/UFU
COMISSÃO DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE –
COREMU/UFU

ELILANY ELIAS DA SILVA

**ESPIRITUALIDADE E RELIGIOSIDADE EM CUIDADOS PALIATIVOS: A
CAPELANIA NO HOSPITAL GERAL**

UBERLÂNDIA – MG
2019

UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA
FACULDADE DE MEDICINA
PROGRAMA DE RESIDÊNCIA EM ÁREA MULTIPROFISSIONAL DA SAÚDE
(UNI E MULTIPROFISSIONAL) – PRAPS/FAMED/UFU
COMISSÃO DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE –
COREMU/UFU

**ESPIRITUALIDADE E RELIGIOSIDADE EM CUIDADOS PALIATIVOS: A
CAPELANIA NO HOSPITAL GERAL**

Brazilian Journal of Health Review ISSN: 2595-6825

Trabalho de Conclusão de Residência (TCR), apresentado como requisito parcial para conclusão do Programa de Residência em Área de Saúde (Uni e Multiprofissional). Orientado pela Profa. Ma. Layla Raquel Silva Gomes.

UBERLÂNDIA – MG
2019

Espiritualidade e Religiosidade em Cuidados Paliativos: a Capelania no Hospital Geral

Spirituality and Religiosity in Palliative Care: Chaplaincy at the General Hospital

Resumo: Esta pesquisa foi desenvolvida durante atuação no Programa de Residência Multiprofissional da Universidade Federal de Uberlândia. Elegeu-se compreender a integralidade do cuidado oferecido aos pacientes em cuidados paliativos, nos quais ficam evidentes os benefícios da presença da espiritualidade e da religiosidade, comprovada em estudos científicos que demonstram associação positiva entre espiritualidade e religiosidade na melhora de variáveis e marcadores de doenças crônicas. A espiritualidade é a capacidade humana de atentar-se para o que transcende a concretude de sua própria existência, sendo um direito do paciente no ambiente hospitalar, e o capelão é figura representativa deste direito. O serviço prestado pelo capelão é garantido por lei federal e leis estaduais, previsto na Constituição Brasileira de 1988. Foi desenvolvida uma revisão de literatura que evidenciou que a atuação do capelão é majoritariamente voluntária e abrange o apoio ao paciente, acompanhamento aos familiares, auxílio à equipe de saúde e orientações quanto à organização da capelania do hospital. No Hospital de Clínicas da Universidade de Uberlândia (HCUFU) as atividades dos capelães são geridas pela Gestão de Programas Institucionais de Humanização em parceria com instituições filantrópicas. Os capelães atuantes neste hospital contribuem com a equipe multiprofissional para a integralidade da assistência prestada ao paciente, por meio de celebrações religiosas realizadas na capela do hospital e visitas espirituais aos leitos. Entretanto, neste hospital, não há um fluxograma que oriente a equipe a como acionar o capelão devido solicitação dos pacientes, desta maneira, após a vivência rotineira em unidades de atendimento da instituição foi proposta a construção de um fluxograma para acionamento destes profissionais. Observa-se que mesmo com a comprovação empírica do favorecimento da espiritualidade e religiosidade ao paciente em sofrimento, a capelania hospitalar é um tema em construção, pesquisas sobre a prática dos capelães são escassas e recentes.

Palavras-Chave: Cuidados Paliativos. Espiritualidade. Religiosidade. Capelão.

Cuidado Paliativo: a importância da integralidade do cuidado

Esta pesquisa é um dos requisitos para a conclusão do Programa de Residência Multiprofissional da Universidade Federal de Uberlândia na área de concentração Atenção ao Paciente em Estado Crítico (APEC). Os profissionais residentes realizam atividades práticas em diversos campos de assistência, prestando serviços em áreas de urgência, cuidados intensivos e ambulatoriais especializados. A permanência nesses locais tem como objetivo capacitar os profissionais e proporcionar atendimento multiprofissional visando à integralidade do cuidado e assistência humanizada (COREMU, 2018).

Na busca de contemplar esta demanda, o cuidado é oferecido ao paciente crítico com vistas a sua saúde integral, o que abrange suas questões biopsicossociais e espirituais (OMS, 2007). Desta maneira, elegeu-se neste estudo investigar a integralidade do cuidado oferecido aos pacientes em cuidados paliativos, nos quais ficam evidentes os benefícios da presença da espiritualidade e da religiosidade, como comprova Peres e col. (2007) em revisão de literatura.

Faz-se necessário conceituar o que nomeamos de cuidados paliativos nesta pesquisa. Tais cuidados podem ser realizados em todos os pacientes, extensivo a seus familiares, visando alívio do desconforto causado por doença ameaçadora, progressiva e incurável, sendo estes não necessariamente aqueles com meses, dias ou horas restantes de vida, pois só se faz impeditiva a palição em situações de morte súbita, acidente ou violência (MACIEL, 2008).

Essa afirmação esclarece que cuidados paliativos não se fazem específicos para a oncologia, área de destaque pela eficiência deste tratamento, mas para todas as patologias de agrave, pois esta estratégia de cuidado deve ser visualizada como uma ação dos sistemas nacionais de saúde. Assim, pacientes com diagnósticos de doenças cardíacas, doenças pulmonares, insuficiência renal, doença hepática, doença neurológica de longa duração, deficiência mental, acidente vascular encefálico, demência, esclerose lateral amiotrófica, HIV/SIDA e indicados para tratamento em Unidades de Terapia Intensiva, são beneficiários de cuidados paliativos, por exemplo.

Historicamente os cuidados paliativos fazem parte das diferentes maneiras de cuidar que aparecem durante toda a história da humanidade. Iniciou-se nos chamados hospícios, hospedarias destinadas ao cuidado de viajantes, em trabalhos desenvolvidos na Europa desde o século V. Na era medieval, os hospícios confortaram doentes com dor,

contando principalmente com o trabalho de voluntários até o século XVII, quando as atenções se voltaram para os cuidados de órfãos e pobres, principalmente devido à participação de organizações religiosas. No século XIX, os hospices começaram a adquirir características hospitalares, mas oferecendo ainda cuidados leigos para o controle de sofrimentos físicos e espirituais (MACIEL, 2008), já no século XX ganhou defensores que expandiram a prática com notoriedade.

O Movimento de Hospice Moderno foi introduzido por Cecily Saunders, com a construção em Londres do St. Cristopher Hospice em 1967, local que permitiu assistência aos doentes e proporcionou ensino referente ao alívio da dor em doentes terminais (MATSUMOTO, 2012). A concepção de cuidado desenvolvida nos hospices é a raiz da política de cuidados paliativos contemporânea, sendo o termo hospice, o que nomeou a prática de cuidados paliativos até 1982, ano em que a Organização Mundial de Saúde (OMS), em sua primeira definição referente a este tratamento, por dificuldade de tradução fidedigna, adota a nomenclatura atual. Em (re) definição da prática, no ano de 2002, a organização referiu-se a cuidados paliativos como:

(...) abordagem que promove a qualidade de vida de pacientes e seus familiares diante de doenças que ameaçam a continuidade da vida, através de prevenção e alívio de sofrimento. Requer a identificação precoce, avaliação e tratamento impecável da dor e outros problemas de natureza física, psicossocial e espiritual (p. 26).

Nesta declaração se afirma a importância da complementaridade de serviços especializados, que em conjunto, devem construir uma equipe multiprofissional atenta aos princípios que norteiam os cuidados paliativos. Em seus grifos Matsumoto (2012) expõe a relevância destes princípios norteadores para o tratamento em cuidados paliativos afirmados pela OMS em 2002.

O Cuidado Paliativo não se baseia em protocolos, mas sim em princípios. Não se fala mais em terminalidade, mas em doença que ameaça a vida. Indica-se o cuidado desde o diagnóstico, expandindo nosso campo de atuação. Não falaremos também em impossibilidade de cura, mas na possibilidade ou não de tratamento modificador da doença, desta forma afastando a ideia de “não ter mais nada a fazer”. Pela primeira vez, uma abordagem inclui a espiritualidade dentre as dimensões do ser humano. A família é lembrada, portanto assistida também após a morte do paciente, no período de luto (p.26).

Verifica-se então que o objetivo dos cuidados paliativos é de primazia pela qualidade de vida do paciente, por meio de ações terapêuticas que procurem diminuir o estresse causado pela doença, permitindo participação ativa no processo de tratamento, preservando sua capacidade autônoma. Os cuidados paliativos são caracterizados como

uma abordagem promotora de qualidade de vida frente a adoecimentos que ameacem a continuidade da mesma (OMS, 2002).

O alívio da dor e do desconforto físico está no centro das preocupações dessa terapêutica, no entanto, como afirma Cecily Saunders a “dor é total” (MCCOUGHLAN, 2014 *apud* SAUNDERS, 1978), vai além do sofrimento físico, o paciente sente dores psicológicas, sociais e espirituais, o que justifica uma equipe multiprofissional para a prática de cuidados paliativos, pois um profissional sozinho não conseguirá oferecer suporte para que o paciente tenha recursos necessários que o permita lidar com suas questões físicas, psicológicas, sociais e espirituais (PESSINI, 2014).

Dessa maneira, a qualidade de vida dos pacientes em cuidado paliativo é garantida quando o mesmo é assistido por equipe multiprofissional que reconheça seus desejos e o escute ao invés de desconsiderá-lo. A equipe possibilita uma visão multideterminada do paciente, e permite que em cada fase da doença uma especialidade atue com mais vigor, conforme necessidade e evolução do caso clínico. Marie Mcconghlan (2014) menciona que

“A ideia de uma abordagem multidisciplinar é muito importante para os cuidados paliativos, porque implica demonstrar que nenhuma pessoa tem todas as respostas corretas para o enfrentamento de uma determinada situação, o que faz destacar a significância do trabalho coletivo, permitindo assim a sinergia de habilidades para assegurar o melhor cuidado, bem como um olhar para os problemas do paciente ou da sua família não somente por uma única perspectiva (p. 172)”.

O trabalho em conjunto começa na averiguação dos sintomas para estabelecimento de diagnóstico, este momento exige contato direto entre todos os especialistas, pois cada informação deve ser avaliada para melhor compor o quadro de saúde do paciente. Entrevistas, estruturadas ou semi-estruturadas, também compõem a avaliação em cuidados paliativos, o diálogo favorece o alcance de informações e beneficia a estruturação do vínculo entre a equipe e paciente, de modo que a linguagem não-verbal também é esclarecedora (MELO; VARELO & MENEZES, 2013).

Espiritualidade e Religiosidade: a capelania no hospital geral

Um dos elementos a ser identificado durante a assistência multiprofissional oferecida ao paciente em cuidados paliativos é a espiritualidade deste, que não deve ser ignorada ao passo que utilizada de maneira correta é um suporte emocional rico. Em revisão de literatura Peres e col. (2007) apontaram para os benefícios da espiritualidade e das crenças religiosas na melhora clínica de pacientes com dor. Barbosa e Freitas (2009)

atentam para o que se convencionou chamar de Psicologia da Religião, movimento que entende que a religião não se trata apenas de uma fuga da realidade, mas, sobretudo de uma crença com função de dar sentido a vida, e que pode facilitar a resolução de problemas e prevenir consequências psicológicas graves.

A espiritualidade é a capacidade humana de atentar-se para o que transcende a concretude de sua própria existência (BARBOSA; FREITAS, 2009), é entendida como relação do Eu com o Sagrado, não há a especificidade de um dogma ou de uma instituição, o que se faz característica da religiosidade (SAPORETTI, 2008). “Sagrado é aquilo que fazemos e em que acreditamos, mesmo que não recebamos nenhuma vantagem por isso, mesmo que sejamos prejudicados” (ARANTES, 2016, p. 122).

A espiritualidade e religiosidade são direitos do paciente no ambiente hospitalar, sendo o capelão uma figura representativa deste direito. O capelão é um membro relevante da Equipe Multiprofissional que não precisa necessariamente estar ligada a figura de um padre ou pastor, mas sim, “a alguém com o dom da misericórdia, capacitado para tal, respeitando as vontades do paciente e também as rotinas e limites do hospital” (AITKEN, 2008, p. 88).

Em sua grande maioria a atuação do capelão é voluntária e oferece atendimento a pacientes de qualquer credo, pois o que é levado em conta é a espiritualidade. Sua atuação abrange o apoio ao paciente, acompanhamento aos familiares, auxílio à equipe de saúde e orientações quanto à organização da capelania do hospital (AITKEN, 2008).

O serviço prestado pelo capelão é garantido por lei federal e leis estaduais, como previsto na Constituição Brasileira de 1988, nos seguintes termos: “é assegurada, nos termos da lei, a prestação de assistência religiosa nas entidades civis e militares de internação coletiva” (CF art. 5º, VII).

Nas instituições hospitalares a atuação é regida pelo Decreto nº 44395 publicado em 1999, que regulamentou a Lei nº 10.066, de 1982 que dispõe sobre a prestação de assistência religiosa nas entidades hospitalares públicas e privadas, civis e militares de internação coletiva. Nas entidades hospitalares públicas e privadas, a Lei nº 9.982 de 2000, regulamenta:

“Art. 1º Aos religiosos de todas as confissões assegura-se o acesso aos hospitais da rede pública ou privada, bem como aos estabelecimentos prisionais civis ou militares, para dar atendimento religioso aos internados, desde que em comum acordo com estes, ou com seus familiares, no caso de doentes que já não mais estejam no gozo de suas faculdades mentais. Art. 2º Os religiosos chamados a prestar assistência nas entidades definidas no art. 1º deverão: em suas atividades, acatar as determinações legais e normas internas

de cada instituição hospitalar ou penal, a fim de não por em risco as condições do paciente ou a segurança do ambiente hospitalar ou prisional (p. 3)”.

É importante salientar que a atividade do capelão deve ser exercida com consentimento do paciente ou familiar, em casos em que o adoecimento impede o enfermo de responder por si mesmo. A imposição de um dogma ou preceito religioso constitui um sofrimento religioso, ou mesmo um sofrimento espiritual quando há “violação da essência do eu, o que se caracteriza frequentemente pela perda de sentido e identidade, assim como o desejo de abreviar a vida” (SAPORETTI, 2008, p. 525).

Saporetta (2008) chama atenção também para as violências espirituais no contexto hospitalar, o que acontece quando o paciente é impedido de expressar sua espiritualidade ou induzido a acreditar que seu sofrimento é desígnio de um castigo divino ou uma retaliação por conduta de desobediência.

A equipe multiprofissional deve respeitar o paciente em sua própria religião, e respeitar sua vontade em verbalizar sobre os benefícios ou prejuízos de uma ou outra crença, evitando julgamentos que possam gerar sofrimento para o paciente que apresenta uma crença distinta, pois, como ressalta Arantes (2016) a espiritualidade é uma questão de ter fé e não de credo.

O termo “capelania” teve origem na França no séc. XVI, quando o exército, em mando do rei, levava consigo durante os períodos de guerra uma relíquia dentro de um oratório denominado de “capela”, a capela era responsabilidade de um sacerdote que acompanhava os militares para aconselhamento religioso (FERREIRA e ZITI, 2010).

Nos Estados Unidos e na Inglaterra do século XIX iniciou-se a institucionalização da prática dos capelães, onde já se delineava os cuidados de saúde para o “homem inteiro”. A capelania hospitalar ganhou forças após reflexos de seus benefícios nos hospitais militares. Em 1916, o teólogo Leslie Weatherad, em sua atividade como capelão no exército do Reino Unido, contribuiu para firmar as atividades de capelania hospitalar daquele tempo (FERREIRA e ZITI, 2010).

Em 1858, no Brasil, o ofício de capelania também teve início na área militar. Em 1944, ganhou força devido à assistência prestada durante a Segunda Guerra Mundial, pela repartição de Assistência Religiosa das Forças Armadas Brasileira. Neste mesmo momento histórico foi criada a Capelania Evangélica para assegurar a presença de capelães evangélicos e não apenas católicos durante assistência aos militares (FERREIRA e ZITI, 2010).

No HCUFU, hospital de referência para prática multiprofissional do programa de residência referido nesta pesquisa, a gestão das atividades dos capelães é de

responsabilidade do setor de Gestão de Programas Institucionais de Humanização em parceria com instituições filantrópicas.

Durante período como profissional residente deste hospital verificou-se que os capelães atuantes no HCUFU contribuem com a equipe multiprofissional para a integralidade da assistência prestada ao paciente, por meio de celebrações religiosas realizadas na capela do hospital e visitas espirituais aos leitos. Este trabalho é voluntário, há uma predeterminação de horários das celebrações na porta da capela, contudo, não há um fluxograma das visitas realizadas nos leitos, o que dificulta acioná-los em momentos de necessidade dos pacientes. As atividades realizadas pautam-se pela assistência espiritual e não pelo enaltecimento a alguma religião, pois como afirma Ferreira e Ziti (2010) o capelão hospitalar assiste as questões espirituais despertadas pelo ambiente hospitalar.

Justificativa

No último censo, de 2010, 92% dos brasileiros afirmou seguir alguma religião, o que aponta para o valor da espiritualidade para a população brasileira. Esse reflexo pode ser observado na tabela abaixo, a mesma é representativa das atividades de cuidado espiritual desenvolvidas no ambiente hospitalar do HCUFU, por umas das instituições parceiras.

**Atividades realizadas pela AVHOC - Associação Voluntária do Hospital de Clínicas
2017**

MÊS	VISITAS AO LEITO	ATENDIMENTO DE APOIO RELIGIOSO		TOTAL DE ATIVIDADES
		LOUVORES	MISSAS	
janeiro	284	9	2	295
fevereiro	145	8	2	155
março	295	7	2	304
abril	229	7	2	238
maio	309	8	2	319
junho	278	8	2	288
julho	234	8	2	244
agosto	293	8	2	303
setembro	227	8	2	237
outubro	262	8	2	272
novembro	389	8	4	401
dezembro	242	8	4	254
TOTAL	3.187	95	28	3.310

Fonte: Grupo de Apoio ao Paciente / Setor de Estatísticas e Informações Hospitalares

Na ocasião desta pesquisa, não havia um fluxograma de como o serviço de capelanía é oferecido e/ou disponibilizado ao paciente, porém percebe-se o elevado número de visitas de capelães aos leitos. As pesquisadoras acreditam que a presença do fluxograma favoreceria um crescimento ainda maior da atividade prestada pelo capelão,

de maneira mais ágil e assertiva, pois observa-se uma dificuldade dos profissionais de saúde em acioná-lo nas unidades.

Esta ausência é um reflexo de que a capelania hospitalar ainda é um tema em construção, pesquisas sobre a prática dos capelães são escassas, os trabalhos que fazem referência a essa temática são de produção recente, em sua maioria da primeira década deste século (GENTIL e col., 2011).

O índice de baixas publicações está relacionado com a (des) valorização do capelão no ambiente hospitalar, profissional que ainda luta por seu espaço na equipe multiprofissional (GENTIL e col., 2011), mesmo com a comprovação empírica do favorecimento da espiritualidade e religiosidade ao paciente em sofrimento. Para contribuir com os incipientes estudos sobre a atuação do capelão, um dos objetivos desta pesquisa buscou favorecer e valorizar a atuação destes no HCUFU, por meio da construção de uma sugestão de fluxograma que facilite aos profissionais de saúde, em situações em que a presença do capelão seria desejável, um método eficaz para acioná-lo.

Metodologia

Foi realizada uma revisão de literatura para levantamento de dados, Moreira (2004) descreve esse método como a reunião e discussão de um tema para investigar o que está sendo produzido nesta área de estudo. Para Figueiredo (1990) a revisão de literatura desempenha dois papéis, o primeiro de função histórica do desenvolvimento da ciência, e o segundo de atualização dos profissionais sobre o conhecimento disponibilizado.

A pesquisa da literatura ocorreu em bancos de dados virtuais, nas ferramentas de busca Google Acadêmico e Scielo, que se justifica por disponibilizarem um grande número de artigos e acesso a pesquisas mais recentes. Foi utilizado como filtro da pesquisa o país da publicação (Brasil), o idioma (português), e a disponibilização integral da obra para leitura online.

O recorte se deu a fim de investigar a integralidade das ações em saúde de pacientes em cuidados paliativos, o que culminou em evidências positivas à presença da espiritualidade e religiosidade como crenças favoráveis ao enfrentamento da enfermidade, sendo o capelão responsável por este cuidado em unidades hospitalares.

Na busca por documentos direcionadores, como fluxogramas e protocolos relacionados à atividade dos capelães, o resultado foi de apenas um documento

encontrado, sendo este um Procedimento Operacional Padrão (POP) do Hospital Naval Marcílio Dias instalado na cidade do Rio de Janeiro, o que corrobora com a afirmação feita por Gentil e colaboradores (2011) em que aponta para a recente e escassa produção científica na área.

Na prática hospitalar os fluxogramas e procedimentos operacionais direcionam a atuação dos profissionais sendo descritores das ações a serem tomadas durante o cuidado. No HCFU apesar de um número elevado de POP's, não há a presença de um norteador para acionar o capelão ou mesmo para direcioná-lo em sua atuação, essa ausência reflete na dificuldade em oportunizar o serviço, pois a rede de contato fica comprometida pela inexistência de uma referência que possa acionar profissionais capelães de diversas religiões.

Resultados

Durante o processo de revisão de literatura ficou evidente que se faz necessário à integralidade das ações de saúde na atenção ao paciente em cuidados paliativos, para assim garantir qualidade de vida como preza a OMS (2002) ao salientar a importância do tratamento de natureza física, psicossocial e espiritual em sua redefinição sobre cuidados paliativos.

A integralidade do cuidado é garantida quando o mesmo é assistido por equipe multiprofissional que reconheça seus desejos e o escute ao invés de desconsiderá-lo. A equipe possibilita uma visão multideterminada do paciente, e permite que em cada fase da doença uma especialidade atue com mais intensamente, conforme necessidade e evolução do caso clínico (MCCOUGHLAN, 2014).

O Capelão como parte da equipe multiprofissional tem participação ativa no cuidado espiritual do paciente, o que como já dito neste trabalho, traz ganhos ao paciente em cuidados paliativos evidenciados em pesquisas científicas. Em sua grande maioria a atuação do capelão é voluntária e abrange o apoio ao paciente, acompanhamento aos familiares, auxílio à equipe de saúde e orientações quanto à organização da capelania do hospital (AITKEN, 2008).

A fim de contribuir para a prática do capelão, apresenta-se em apêndice uma sugestão de um fluxograma para acionar o capelão na instituição hospitalar HCUFU; unidade em que foi possível perceber durante atuação como residente as dificuldades da equipe de saúde para atender a demanda do paciente que solicita em algum momento atendimento deste profissional.

Desta maneira, a inserção diária na prática do hospital foi o principal instrumento para percepção de adequações necessárias a um serviço efetivo de capelania. Os atendimentos psicológicos realizados aos pacientes e familiares evidenciaram inúmeras vezes a importância dos recursos espirituais e o desejo de que estes recursos fossem alimentados durante a internação hospitalar.

Para a construção desta sugestão de fluxograma a equipe responsável pela elaboração de documentos semelhantes no HCUFU foi consultada, esta apresentou modelos seguidos pela instituição os quais juntamente com o POP do Hospital Naval Marcílio Dias encontrado durante levantamento de literatura, embasou o apêndice abaixo.

Considerações Finais

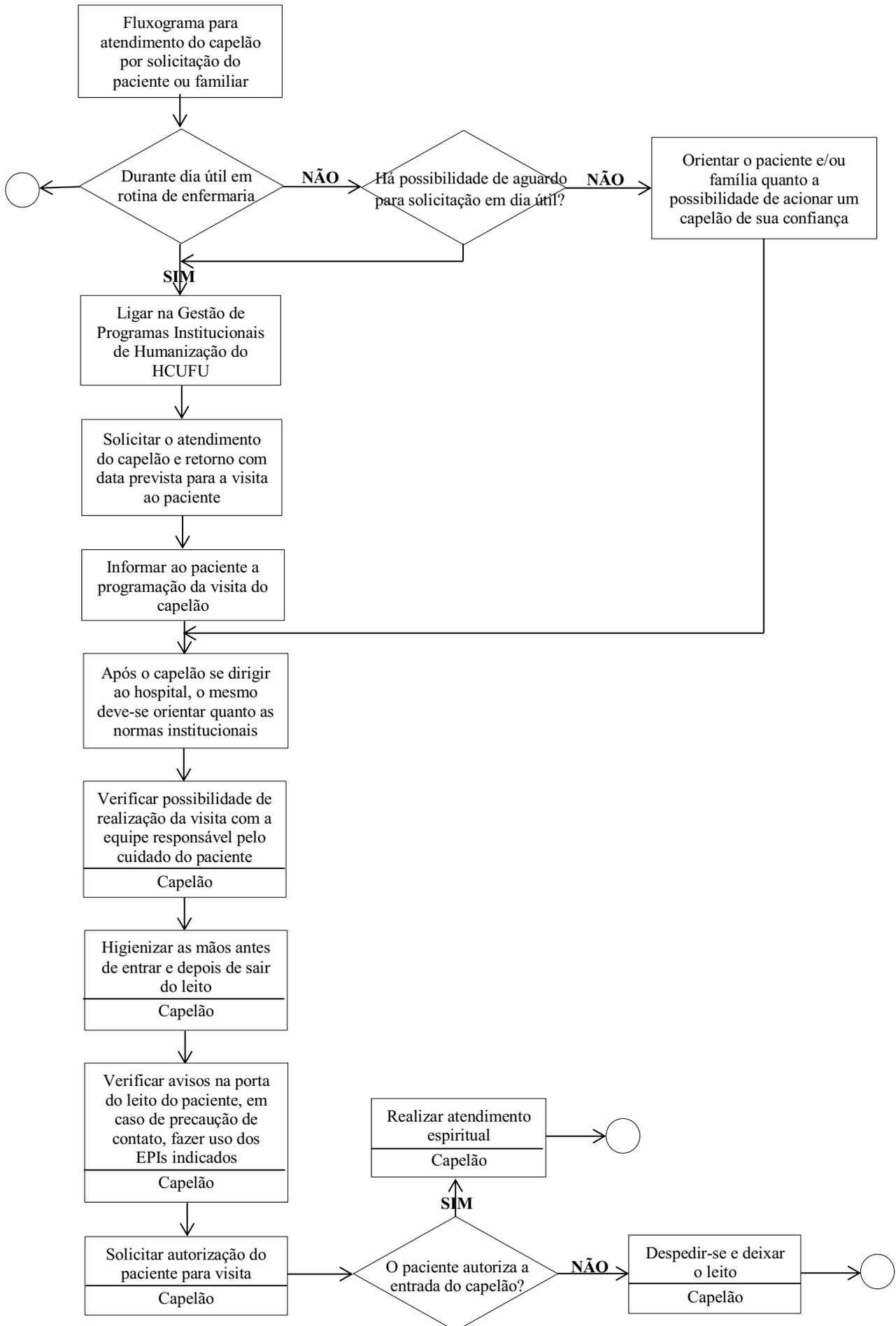
Mesmo com a comprovação empírica do favorecimento da espiritualidade e religiosidade ao paciente em sofrimento, a capelania hospitalar é um tema em construção, pesquisas sobre a prática dos capelães são escassas e recentes. Há necessidade de maior interesse científico nesta área que vem se mostrando de alta relevância.

A proposta do fluxograma apresentado neste estudo teve o objetivo de contribuir com a academia e com o campo de prática, pois aponta para a necessidade de reflexões quanto à valorização do capelão. Em unidades hospitalares favorecer a implantação de direcionadores que aplaquem a demanda espiritual tanto do paciente como da equipe multiprofissional é um passo rumo à efetividade da atuação destes profissionais.

Os resultados estatísticos da inserção de direcionadores para acionar o capelão em unidades hospitalares, podem ser evidenciados por meio de levantamentos realizados com uso de escalas comparativas, o que pode se tornar objeto de estudos futuros. Ouvir os próprios capelães também é inédito na literatura, e resultaria em ganhos para a categoria que carece de literatura.

Por fim, lembro aos leitores que assim como uma pessoa tem um modo de ser também possui um modo de adoecer único que deve ser levado em conta na prescrição de qualquer terapêutica e em especial durante a realização de cuidados paliativos. O atendimento humanizado se concretiza quando valorizamos o que se faz importante para aquele que é cuidado em sua integralidade de sujeito biopsicossocial e espiritual, o que inclui suas crenças religiosas. Estas aos profissionais de saúde não competem julgamento, e sim respeito.

Fluxograma para atendimento do capelão por solicitação do paciente ou familiar



Referências

AITKEN, E. V. P. Assistência Espiritual. In: *Cuidado Paliativo*. Editora: CREMESP. São Paulo, 2008, (I-I), p.87 – 90.

ANCP - Academia Nacional de Cuidados Paliativos. *Crerios de Qualidade para Cuidados Paliativos no Brasil (ANCP)*. Diagraphic Editora Ltda. Rio de Janeiro, 2006, p. 1- 64.

ARANTES, A. C. L. Q. A morte é um dia que vale a pena viver. Casa da Palavra. Rio de Janeiro, 2016. 192 p.

ARANTES, A. C. L. Q. Indicações de Cuidados Paliativos. In: CARVALHO, R. T.; BARBOSA, K. A.; FREITAS, M. H. *Religiosidade e atitude diante da morte em idosos sob cuidado paliativo*. Revista Kairós, São Paulo, 12 (1), jan. 2009, p. 113 – 134.

BRASIL. IBGE. Censo demográfico: Religião. 2010. Disponível em: <https://censo2010.ibge.gov.br/apps/atlas/pdf/Pag_203_Religi%C3%A3o_Evang_miss%C3%A3o_Evang_pentecostal_Evang_nao%20determinada_Diversidade%20cultural.pdf> Acesso em junho de 2018.

BONI, V.; QUARESMA, J. Aprendendo a entrevistar: como fazer entrevistas em Ciências Sociais. Tese de doutorado. Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2005. Revista Eletrônica dos Pós-Graduandos em Sociologia Política da UFSC, v. 2, n. 1, p. 68-80, jan. 2005. ISSN 1806-5023. Disponível em: <<https://periodicos.ufsc.br/index.php/emtese/article/view/18027/16976doi:http://dx.doi.org/10.5007/18027>> Acesso em 05 de dezembro de 2016.

CÂMARA, R. H. Análise de Conteúdo: da teoria à prática em pesquisas sociais aplicadas às organizações. Revista Interinstitucional de Psicologia, 6 (2), jul. – dez. 2013, p. 179 – 191.

COREMU. Programa de Residência em Área Profissional da Saúde (Uni e Multiprofissional) - PRAPS/FAMED/UFU. Disponível em: <<http://www.coremu.famed.ufu.br/coremu>> Acesso em junho de 2018.

FERREIRA, D.; ZITI, L.M. Capelania hospitalar cristã: manual didático e prático para capelães. São Paulo: SOCEP Editora, 2010.

FIGUEIREDO, N. Da importância dos artigos de revisão da literatura. Revista Brasileira de Biblioteconomia e Documentação, São Paulo, v. 23, n. 1/4, jan./dez. 1990, p. 131-135.

GENTIL, R.C.; GUIA. B.P.; SANNA. M.C. Organização de serviços de capelania hospitalar: um estudo bibliométrico. Esc Anna Nery (impr.), 2011 jan-mar, p.162-170.

LEI n. 7.672, de 23 de junho de 1988. Dispõe sobre o Serviço de Assistência Religiosa nas Forças Armadas. [on-line] jun 1988; visitado em jan. de 2018. Disponível em: <http://stbcaxiense.com.br/estudos/capelania.htm>.

LEI n. 10.066, de 21 de julho de 1998. Dispõe sobre a prestação de assistência religiosa nas entidades civis e militares de internação coletiva situada no território do Estado. Diário Oficial do Estado de São Paulo[online]. jul 1998; visitado em jan. de 2018. Disponível em: <http://capelão.com/pagina>.

LEI n. 9.982, de 14 de julho de 2000. Dispões sobre a prestação de assistência religiosa nas entidades hospitalares públicas e privadas, e dá outras providências. Diário Oficial da República Federativa da União. [on-line] jul 2000; visitado em jan. de 2018. Disponível em: www.planalto.gov.br.

MCCOUGHLAN, M. A necessidade de cuidados paliativos. In: PESSINI, L.; BERTACHINI, L. Humanização e cuidados paliativos. São Paulo: Centro Universitário São Camilo; Edições Loyola, 2014, p. 167-179.

MOREIRA, W. Revisão de literatura e desenvolvimento científico: conceitos e estratégias para confecção. Janus, Lorena, ano 1, n°1, 2° semestre 2004

PESSINI, L.; BERTACHINI, L. Humanização e cuidados paliativos. São Paulo: Centro Universitário São Camilo; Edições Loyola, 2014. 360p.

PESSINI, L. A filosofia dos cuidados paliativos: uma resposta diante da obstinação terapêutica. In: PESSINI, L.; BERTACHINI, L. Humanização e cuidados paliativos. São Paulo: Centro Universitário São Camilo; Edições Loyola, 2014, p. 181-204.

POP - Procedimento Operacional Padrão do Hospital Naval Marcílio Dias. Visita ao Leito. Rio de Janeiro. Disponível em: <http://www.umem.org.br/2013/07/material-de-estudo-projeto-militar-visita-militar/ecu-07-visita-ao-leito/>. Acesso em outubro de 2018.

MACIEL, M. G. S. Definições e Princípios. In: Cuidado Paliativo. Editora: CREMESP. São Paulo, 2008, (I-I), p.16 – 32.

MATSUMOTO, D. Y. Cuidados Paliativos: conceito, fundamentos e princípios. In: CARVALHO, R. T.; PARSONS, H. A. Manual de cuidados paliativos – Ampliado e Atualizado. Editora: Academia Nacional de Cuidados Paliativos. São Paulo, 2012. 2° edição, p. 23 – 30.

MELO, A.C.; VALERO, F.F.; MENEZES, M. A intervenção psicológica em cuidados paliativos. Psicologia, Saúde e Doença. São Paulo, 14 (3), 2013, p. 452 – 469.

OMS - Organização Mundial de Saúde (2007). *Cuidados Paliativos*. Disponível em: <http://www.who.int/cancer/media/FINAL-PalliativeCareModule.pdf>. Acesso em 20 de setembro, 2016.

OMS - Organização Mundial da Saúde (2002). Definição de Cuidados Paliativos. Disponível em <http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en>. Acesso em: 10 de maio de 2016.

PERES, M.F.P.; ARANTES, A. C. L. Q.; LESSA, P. S.; CAOUS, C. A. A importância da integração da espiritualidade e da religiosidade no manejo da dor e dos cuidados paliativos. Rev. Psiq. Clín. 34, 2007, p. 82 - 87.

SAPORETTI, L. A. Espiritualidade em Cuidados Paliativos. In: *Cuidado Paliativo*. Editora: CREMESP. São Paulo, 2008, (I-I), p.521 – 531.

SILVEIRA, F. P.; CORDOVA, D. T. A Pesquisa Científica. In Gerhardt, T. E. &Silveira, D. T. (Orgs.), *Método de Pesquisa* (PP. 31-42). Porto Alegre, Rs: Ufrgs, 2009.

TWYLCROSS, R. Medicina Paliativa: *Filosofia e considerações éticas*. Acta bioética, ano VI, nº 1.2000.