

Princípios da Religiosidade e Espiritualidade na Medicina

Enfoque na Prática Cardiovascular



EDITORES

Roni Arley Silva Duque

Glauco Franco Santana

Sônia Francisca de Souza

Luiz Guilherme Passaglia

Odilon Gariglio Alvarenga de Freitas

Sociedade Mineira de Cardiologia

Alguns direitos reservados. Este livro está disponível sob a licença *Creative Commons: Atribuição-NãoComercial-Compartilhável* (CC BY-NC-AS; <https://br.creativecommons.net/licencas/>). Sob os termos desta licença, você pode ler, salvar, adaptar e redistribuir esta obra para fins não comerciais, desde que o conteúdo seja devidamente citado, conforme indicado abaixo. Nenhuma parte desta publicação pode ser reproduzida para fins comerciais, por qualquer meio, sem a prévia autorização da Sociedade Brasileira de Cardiologia/MG (SBC/MG), reconhecida no estado de Minas Gerais como Sociedade Mineira de Cardiologia. Em qualquer uso do conteúdo deste livro, não deve haver nenhuma sugestão de que a SBC/MG endossa qualquer organização, produto ou serviço específico. Não é permitido o uso do logotipo da SBC/MG. Quaisquer opiniões, descobertas, conclusões ou recomendações expressas nesta publicação não refletem necessariamente as opiniões de qualquer organização ou entidade que forneceu apoio ao projeto.

Citação deste livro: Duque RAS, Santana GF, Souza SF, Passaglia LG, Freitas OGA, Editores. Princípios da Religiosidade e Espiritualidade na Medicina: Enfoque na Prática Cardiovascular. Belo Horizonte, MG; Sociedade Brasileira de Cardiologia/MG; 2025. ISBN: 978-65-5278-277-9. DOI: 10.70271/250620.1751.

Editora: Sociedade Brasileira de Cardiologia/MG

Editores: Roni Arley Silva Duque
Glauco Franco Santana
Sônia Francisca de Souza
Luiz Guilherme Passaglia
Odilon Gariglio Alvarenga de Freitas

Autores: Glauco Franco Santana
José Carlos da Costa Zanon
José Maria Peixoto
José Resende de Castro Júnior
Marconi Gomes da Silva
Odilon Gariglio Alvarenga de Freitas
Roni Arley Silva Duque
Sônia Francisca de Souza

Ilustrações: A2B Comunicação e Editores

Diagramação: A2B Comunicação

Revisão de português: Idianara Lira Navarro

Audiobook: Hud Erik Silva Duque

Colaboradores: Mônica Moreira Santiago Freire
Ezequiel Pereira da Costa

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)
(eDOC BRASIL, Belo Horizonte/MG)

S678p Sociedade Brasileira de Cardiologia/MG.
Princípios da Religiosidade e Espiritualidade na Medicina [livro eletrônico]: Enfoque na Prática Cardiovascular / Sociedade Brasileira de Cardiologia/MG; editores Roni Arley Silva Duque... [et al.]. – Belo Horizonte, MG: Sociedade Brasileira de Cardiologia/MG, 2025.

Formato: PDF
Requisitos de sistema: Adobe Acrobat Reader
Modo de acesso: World Wide Web
Inclui bibliografia
ISBN 978-65-5278-277-9
DOI 10.70271/250620.1751

1. Medicina. 2. Religiosidade e espiritualidade. 3. Cardiologia. I. Duque, Roni Arley Silva. II. Santana, Glauco Franco. III. Souza, Sônia Francisca de. IV. Passaglia, Luiz Guilherme. V. Freitas, Odilon Gariglio Alvarenga de. VI. Título.

CDD 215

Elaborado por Maurício Amormino Júnior – CRB6/2422



Sociedade Mineira de
Cardiologia



Sociedade Brasileira de Cardiologia/MG
Av. João Pinheiro, nº: 129, sala: 406 - Centro
Belo Horizonte / Minas Gerais / Brasil - CEP: 30130-180
E-mail: contato@smc.org.br | www.smc.org.br

Capítulo 3.2

O Aprendizado da Espiritualidade na Medicina e o Papel da Capelania e das Organizações Baseadas na Fé

Odilon Gariglio Alvarenga de Freitas

Glauco Franco Santana

José Maria Peixoto

Audiobook | Streaming

O capítulo está disponível
no formato de áudio.

Clique e Acesse



3.2.1. Aprendizado da Espiritualidade e Treinamento em Cuidados Espirituais na Medicina

Em todos os capítulos anteriores deste livro, foram apresentadas evidências científicas relevantes sobre o papel da religiosidade e espiritualidade (R/E) na prática médica, incluindo a questão da oferta dos cuidados espirituais (CE). Hoje, os médicos e demais profissionais da área da saúde, entidades, pesquisadores, gestores públicos, administradores hospitalares e pacientes/familiares concordam que a R/E e os CE são componentes importantes na promoção da saúde, devendo ser ofertados e integrados em todos os níveis da assistência médica.¹⁻⁶

Os principais benefícios descritos na literatura são: bem-estar espiritual; maior qualidade e satisfação com a vida; melhoria da saúde física/mental; aumento da resiliência; níveis mais baixos de depressão e ansiedade; maior adesão a tratamentos e a estilo de vida saudável; maior disposição para controle eficaz dos fatores de risco para doenças cardiovasculares (DCV), metabólicas e câncer; maior sensação de conforto, de acolhimento e da qualidade assistencial recebida.⁷⁻⁹


Existem barreiras à integração da espiritualidade e CE à assistência médica incluindo: falta ou mesmo treinamento inadequado dos profissionais; desconhecimento de que as intervenções/CE devem ser monitorados pelo médico; percepção de falta de tempo para abordar a R/E e planejar os CE com a equipe multiprofissional, priorizando outras condutas; baixo senso pessoal do profissional sobre a sua espiritualidade; confusão entre espiritualidade, religiosidade e religião; questões referentes ao tempo e custos envolvidos no treinamento sobre R/E; falta de percepção de ganho profissional direto e imediato (principalmente financeiro); falta de apoio institucional a adoção de CE.^{1,10,11}

Entretanto, nas últimas décadas vem ocorrendo o crescimento da educação médica em Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (PICs) no SUS, incluindo homeopatia e a acupuntura, acompanhando o entendimento atual do processo de adoecimento humano e a necessidade de incremento de terapêuticas conforme as concepções e crenças dos próprios pacientes. A disseminação de abordagens filosófico-espirituais pode contribuir de forma semelhante à compreensão do significado ao tratamento do binômio doente-doença.¹²

Estudos têm demonstrado que o aprendizado da R/E proporciona aos estudantes de medicina

Freitas OGA – Minascor Centro Médico (Belo Horizonte - MG). 

Santana GF – Hospital Nossa Senhora de Fátima (Patos de Minas - MG). 

Peixoto JM – Universidade Professor Edson Antônio Velano - UNIFENAS-BH (Belo Horizonte - MG). 

E-mail: contato@smc.org.br

Citar como: Duque RAS, Santana GF, Souza SF, Passaglia LG, Freitas OGA, Editores. Princípios da Religiosidade e Espiritualidade na Medicina: Enfoque na Prática Cardiovascular. Belo Horizonte, MG; Sociedade Brasileira de Cardiologia/MG; 2025. ISBN: 978-65-5278-277-9. DOI: 10.70271/250620.175110.

e médicos:¹

- Aumento da autoconfiança e competência para abordar as necessidades espirituais dos pacientes.
- Maior disposição para incorporar a avaliação espiritual na prática clínica.
- Melhora na comunicação com os pacientes sobre questões espirituais.
- Maior sensibilidade e empatia em relação às necessidades de saúde integral dos pacientes.
- Tomar decisões mais adequadas e alinhadas com as crenças dos pacientes.
- Melhorar a integração complementar de cuidados espirituais no plano de tratamento.
- Melhorar a disposição e o bem-estar emocional, reduzir o estresse da prática profissional e o risco de *burnout*.
- Melhorar a relação médico-paciente-família e a satisfação do paciente com o cuidado recebido.

A forma, a frequência e o conteúdo do ensino da espiritualidade na graduação médica variam muito entre os países. Um estudo realizado nas faculdades médicas dos EUA observou que em 2010, 90% ministravam atividades relacionadas à R/E das quais, 73% eram conteúdo em cursos obrigatórios sobre PICs ou medicina alternativa e complementar (MAC), e 7% como matéria obrigatória e conteúdo dedicado especificamente ao tema. No Reino Unido, uma pesquisa respondida por 53% das escolas consultadas demonstrou que 59% das instituições forneciam alguma forma de ensino no campo da espiritualidade e que geralmente ocorriam na forma de palestras, discussões em grupos, entrevistas de pacientes, acompanhamento de capelães e leituras específicas. No Brasil, um levantamento respondido por 47,7% das escolas médicas indicou que apenas 10,5% ofereciam matérias específicas sobre R/E, 40,7% tinham cursos ou eventos sobre o tema R/E e apenas duas escolas ofereciam cursos que envolviam treinamento prático.¹²⁻¹⁵

O conteúdo pedagógico recomendado para o aprendizado efetivo da R/E (teórico/prático) varia muito, mas incluem frequentemente os seguintes tópicos:¹⁶

1) Conceitos fundamentais de espiritualidade e religiosidade: definições, distinções e a amplitude desses termos, incluindo dimensões religiosas e não-religiosas.

2) A importância da espiritualidade na saúde e doença abordando: evidências científicas atuais; análise crítica das limitações metodológicas de pesquisas e a complexidade da relação causal; exploração dos mecanismos pelos quais R/E pode influenciar a saúde; impacto na busca por tratamento e adesão às recomendações médicas; o papel da fé, esperança e resiliência no enfrentamento de doenças terminais.

3) Como realizar uma anamnese/história espiritual: métodos, ferramentas e escalas para avaliar as crenças e necessidades espirituais dos pacientes (p. ex.: FICA, HOPE, SPIRIT); adequações necessárias aos diferentes contextos clínicos (consulta inicial, seguimento, cuidados paliativos).

4) Comunicação sensível e empática: desenvolver habilidades de comunicação para abordar questões espirituais, de forma não invasiva, explorando as crenças e práticas religiosas e espirituais, evitando julgamentos e preconceitos. Envolve a aplicação da empatia, compaixão, escuta ativa, linguagem adequada, resposta correta às expressões de fé e como lidar com o sofrimento espiritual.

5) Desenvolver o conhecimento e respeito à diversidade de crenças: compreender e respeitar a grande variedade de crenças, práticas e rituais de diversas religiões (p. ex.: cristianismo, islamismo, judaísmo, budismo, hinduísmo etc.), outras formas de espiritualidade, bem como a ausência de crenças.

6) Ética e espiritualidade no cuidado ao paciente: considerações éticas ao abordar a espiritualidade, incluindo limites profissionais, respeito à autonomia do paciente e confidencialidade, e evitar o proselitismo religioso.

7) Aprendizado de como responder ao sofrimento espiritual: identificar sinais de sofrimento espiritual (verbalizações, comportamentos e sinais não-verbais); oferecer apoio adequado; informar e facilitar o acesso do paciente a recursos de apoio espiritual disponíveis (p. ex.: capelania hospitalar, líderes religiosos locais).

8) Espiritualidade e cuidados paliativos e fim de vida: o papel da espiritualidade no enfrentamento da doença crônica grave e na terminalidade bem como apoio aos pacientes/familiares; trabalhar em conjunto com outros

profissionais de cuidados espirituais para atender às necessidades específicas; apoio ao luto.

9) A espiritualidade do profissional de saúde: reflexão sobre a própria espiritualidade (autoconhecimento), reconhecimento de limitações e como elas podem influenciar no cuidado do paciente.

10) Treinamento prático supervisionado por profissionais experientes e sensíveis à dimensão religiosa/espiritual (Re/Es) incluindo: acompanhamento/realização de consultas clínicas com anamneses espirituais supervisionadas; acompanhamento de pacientes em cuidados paliativos; simulações e discussão em grupo; visitas a organizações baseadas na fé; trabalho voluntário em comunidades religiosas.

A literatura, internacional e nacional, apresenta uma ampla e variada abordagem de possibilidades do ensino da espiritualidade e CE.¹⁷ O aprendizado em R/E na medicina pode ser integrado em diferentes etapas da educação médica e através de uma variedade de abordagens pedagógicas.^{18,19}

1) Integração no currículo de graduação em medicina através de:

- Disciplinas curriculares específicas: eletivas ou obrigatórias, idealmente teórico-práticas e focadas em R/E e saúde, bioética e humanidades médicas. Quando o ensino ocorre na forma de disciplina obrigatória, garante um acesso padronizado a todos os acadêmicos do conhecimento essencial e as competências indispensáveis da R/E.

- Integração transversal: incorporação de temas relacionados à espiritualidade em outras disciplinas clínicas (geral, oncologia, saúde mental/psiquiatria e cuidados paliativos). Caso o ensino ocorra somente de forma fragmentada, pode haver limitações quanto ao padrão de aprendizado.

- Ligas acadêmicas: representam uma tendência crescente no ensino médico brasileiro, principalmente para preencher a falta de oferta de disciplinas curriculares e/ou integração transversal da R/E. Podem enfrentar limitações como: heterogeneidade de conteúdos abordados; dependência de disponibilidade de docentes e orientadores adequadamente formados em R/E; dificuldade em alcançar um reconhecimento formal, que gere contribuição para o currículo

médico; risco de se concentrarem apenas no ensino teórico.

- Estágios extracurriculares: podem representar uma oportunidade valiosa para o aprofundamento do conhecimento recebido por outras abordagens, facilitando desenvolver as habilidades para integrar a R/E no cuidado do paciente. Podem apresentar limitações como a disponibilidade restrita de vagas e de supervisores especializados, a potencial falta de padronização e integração com o currículo formal e a dependência da iniciativa e proatividade do estudante.

2) Integração no currículo de residência/ especialização médica através de:

- Conteúdo sobre R/E integrado ao programa pedagógico de residências médicas, especialmente nas áreas de cuidados paliativos, psiquiatria, oncologia, medicina interna, cardiologia e medicina de família, propiciando incrementos na relação médico-paciente, na compreensão da necessidade espiritual dos pacientes e na satisfação com o atendimento.

- Cursos sobre R/E ministrados adicionalmente a programas de outras áreas de residência médica, entretanto de realização facultativa dos residentes.

- Seminários e *Workshops* (curta duração): sessões focadas em aspectos específicos da espiritualidade no contexto de uma especialidade médica e/ou doença (p. ex.: espiritualidade em saúde mental; espiritualidade em paciente com doentes cardiovasculares).

- Estágios em serviços de cuidados paliativos (facultativos ou obrigatórios): a experiência em cuidados paliativos oferece uma oportunidade valiosa quanto ao aprendizado das necessidades espirituais de pacientes com doenças graves e terminais, bem como apoio às suas famílias.

- Grupos de apoio e discussão para residentes: prática comum em outros países (EUA e Reino Unido), na qual os residentes compartilham suas experiências e desafios ao abordar a espiritualidade dos pacientes.

3) Educação médica continuada (EMC) e desenvolvimento profissional continuado (DPC) com:

- Cursos e *Workshops* específicos: programas de curta duração focados em avaliação espiritual, comunicação e aspectos éticos da espiritualidade no cuidado dos pacientes.

- Conferências e Simpósios: sessões dedicadas à apresentação de pesquisas e informações sobre a prática clínica na área da espiritualidade e saúde.

- Módulos online e *Webinars*: formatos flexíveis para médicos aprenderem sobre o tema no seu próprio ritmo.

- Grupos de estudo e leitura: médicos se reunindo para discutir artigos e livros relevantes sobre espiritualidade e medicina.

- Programas de mentoria: médicos experientes em espiritualidade oferecendo cursos com parte prática voltada à orientação e treinamento supervisionado de colegas.

- Participação em pesquisas científicas com temas e conteúdos referentes à R/E e CE.

4) Pós-graduação (presencial e/ou à distância): recomenda-se realização de cursos reconhecidos pelo Ministério da Educação do Brasil (MEC) nas modalidades:

- *Stricto sensu* (mestrado e doutorado): são raros, geralmente com programas em Ciências da Religião e/ou com linhas de pesquisa, ou disciplinas que abordam a interface entre religião, espiritualidade e saúde (p. ex.: Ciências da Saúde da PUC-Campinas; Doutorado em Ciências da Religião da PUC-Minas).

- *Lato sensu*: cursos de especialização voltados para aprimorar habilidades e conhecimentos do profissional (p. ex.: Espiritualidade e Saúde; Espiritualidade Cristã e Orientação Espiritual; Saúde Mental Integrativa: Ciência e Espiritualidade; Espiritualidade e Estudos da Consciência etc.).

5) Formação/graduação adicionais em áreas e temas relacionados à R/E ou sua prática: curso de graduação (p. ex.: teologia; filosofia; psicologia) e pós-graduação (p. ex.: capelanía; capelanía militar).

Em relação aos programas de treinamento em CE, eles visam capacitar os profissionais da área da saúde (inclusive médicos) a realizarem o suporte espiritual e emocional a pessoas em diversos contextos (como hospitais, lares de idosos, prisões, comunidades religiosas), em situações clínicas específicas (ambulatoriais, hospitalares, UTIs, entre outros) e para o desenvolvimento de habilidades de intervenção, acompanhamento e suporte espiritual avançadas. Esses programas podem variar em duração, profundidade e foco, dependendo

do público-alvo e dos objetivos específicos. No entanto, um programa abrangente inclui geralmente os seguintes elementos:²⁰

1) Fundamentos teóricos e conceituais: inclui os já abordados na formação em R/E, entretanto aprofundando os temas; natureza da espiritualidade; teorias do desenvolvimento espiritual; diversidade religiosa e espiritual; sofrimento espiritual; teologia e ética do cuidado espiritual; psicologia da religião e espiritualidade.

2) Aprofundamento das habilidades da avaliação/anamnese espiritual incluindo: modelos de avaliação específicos para constructos e componentes da psicologia positivista; escalas para as mais variadas situações e alterações desses constructos; desenvolvimento de habilidades para registrar informações relevantes da avaliação espiritual.

3) Habilidades de intervenção e suporte espiritual avançadas incluindo: presença compassiva; capacitação para identificar e dar apoio para o paciente acessar seus próprios recursos espirituais (crenças, práticas, textos sagrados, comunidade de fé); facilitação de rituais e práticas; aprendizado de técnicas de apoio ao luto e à perda nas diversas crenças e religiões; aprendizado de técnicas de mediação e resolução de conflitos espirituais; desenvolvimento de capacidades colaborativas (com líderes religiosos, comunidades religiosas, organizações baseadas na fé etc.); técnicas de autocuidado, prevenção do *burnout* e bem-estar emocional e espiritual da equipe multiprofissional.

4) Aspectos práticos e contextuais: trabalho em equipe multidisciplinar; adaptação das habilidades adquiridas aos diversos contextos específicos de atuação, como hospitais, lares de idosos, prisões, comunidades, cuidados paliativos, saúde mental, situações de crise; pesquisa em cuidados espirituais; cursos específicos para aprendizado de técnicas de CE (p. ex.: práticas contemplativas como a mente plena e meditação; escrita reflexiva; diário de experiências espirituais).

5) Desenvolvimento pessoal e espiritual: capacitação para supervisão e mentoria; autorreflexão; estudos de casos e análise de situações reais; leitura de textos teóricos e reflexivos; participação de grupos de apoio e discussão entre os treinandos.

A eficácia de um programa de treinamento em CE geralmente deve ser avaliada através da demonstração de competências nas áreas de conhecimento, habilidades práticas, capacidade de aplicação das intervenções, ética profissional e de desenvolvimento pessoal contínuo. Internacionalmente, existem programas de certificação e/ou acreditação oferecidos por organizações profissionais específicas da área de cuidados espirituais. No Brasil, ainda não há legislação e/ou certificações oficiais reconhecidas.^{3,6}

Independentemente do momento de início da formação (graduação ou mesmo como médico profissional experiente) o aprendizado da R/E e de CE é factível e a combinação de diferentes formas e métodos pode facilitar e garantir o desenvolvimento da sensibilidade, conhecimento e habilidades necessárias para abordar a dimensão espiritual dos pacientes.²⁰

Ponto relevante é que, após o aprendizado/formação, é necessária a manutenção/atualização contínua dos conhecimentos através de:^{1,4}

- Eventos científicos: congresso; simpósio; reunião; palestra; *webinar*; discussões etc.
- Atividades em grupo: estudo de casos; grupos de reflexão; simulações etc.
- Atividades pessoais: leitura de conteúdos científicos (livros, artigos, revistas); escrita reflexiva; leitura de artigos e textos reflexivos etc.
- Experiências de aprendizagem vivencial: mentorias; visitas a comunidades religiosas; acompanhamento de atividades do serviço de capelania etc.

3.2.2. Capelania

Neste tópico são apresentadas as informações referentes a capelania quanto ao seu conceito atual, o desenvolvimento histórico de sua prática, a formação e certificação dos capelães (nacional e internacionalmente), o seu contexto contemporâneo na assistência individual e coletiva à saúde e sua relevância para os pacientes com doenças cardiovasculares.

A palavra capelão vem do latim medieval *cappellanus*, termo que designava o “sacerdote

de uma capela”. Nos primeiros séculos da igreja cristã, o capelão era um membro ordenado do clero, “originalmente um padre ou um ministro que tinha a responsabilidade de uma capela” e era normalmente designado para um ministério/função específica. Durante muitos séculos, os capelães (principalmente católicos) realizaram voluntariamente cuidados pastorais, sacramentais e de apoio emocional a pacientes hospitalizados.^{21,22}

Atualmente na medicina, o termo capelães não se limita a nenhuma igreja ou prática religiosa específica, sendo utilizado para denominar os indivíduos formados, nomeados e reconhecidos como parte de uma equipe especializada em cuidados espirituais (em ambientes específicos) e dedicados a ajudar nas questões de fé, significado e propósito de vida, do sofrimento e bem-estar espiritual do paciente/familiares.²³

A principal função dos capelães é buscar e atender aqueles que expressam necessidades Re/Es, independentemente de sua afiliação religiosa (ou da ausência dela), fornecendo cuidados qualificados, individualizados e apropriados para a situação/história de cada pessoa. Sua atuação deve ser empática, reflexiva e compassiva, permitindo que as necessidades pastorais, espirituais e religiosas do indivíduo sejam compreendidas e atendidas. Um ponto importante é que, em alguns países (p. ex.: Canadá), o cuidado espiritual também pode ser conhecido como cuidado pastoral e que é uma das funções do capelão. No entanto, o termo praticante de cuidados espirituais (que comumente é utilizado em profissionais da área de saúde mental) não é verdadeiramente sinônimo de capelães, pois os mesmos não possuem a formação e a certificação dos capelães.²⁴

Os serviços prestados pelo capelão, seja como voluntário ou profissional remunerado, podem se estender além do paciente e suas famílias, incluindo cuidadores, a equipe profissional da saúde e a comunidade hospitalar, em geral (outros funcionários, voluntários, estudantes etc.). Nos hospitais e em outras instituições, os serviços prestados pelo capelão ou equipe de capelães são conhecidos como “serviços de capelania” e, muitas vezes, também são referidos como departamento de cuidados espirituais e religiosos ou pastorais. No Brasil,

os capelães geralmente fazem parte da equipe multidisciplinar de cuidado do paciente, trabalhando em colaboração com médicos, enfermeiros, psicólogos e assistentes sociais para oferecer um cuidado integral de saúde. A Tabela 1 apresenta as principais áreas de atuação dos capelães, suas atribuições e o detalhamento das atividades envolvidas.^{23,25-27}

Geralmente, a solicitação dos serviços de capelania é feita pelo médico assistente do paciente, ou mesmo pelo próprio paciente. A equipe multiprofissional pode também perceber situações em que a atuação da capelania pode ser benéfica. Independentemente da origem da constatação da necessidade de atuação do capelão, o paciente deverá ser informado e dar o devido consentimento livre e esclarecido para a realização desse serviço. Os capelães devem sempre respeitar a autonomia e a dignidade do paciente, inclusive combatendo o proselitismo. O sigilo e a confidencialidade são pilares éticos fundamentais na prática da capelania, devendo ser rigorosamente observados por serem a base da confiança entre capelão/paciente e essenciais para uma prestação de apoio espiritual efetivo.²⁸⁻³⁰

Os capelães também podem se conectar/atuar em grupos religiosos e comunidades/organizações baseadas na fé. Essa situação pode ajudar a entender necessidades específicas dos pacientes (p. ex.: abrigo temporário; acesso a transporte; auxílio no tratamento) e criar oportunidades para melhorar os serviços e diminuir desigualdades no acesso aos serviços de saúde. Entretanto, esse grupo/comunidade também deverá receber autorização do paciente, médico e hospital para atuar e deverá responder às orientações e recomendações do médico. A Figura 1 do capítulo 3.1. apresenta um organograma com aspectos adicionais da participação dos capelães na atenção à saúde do paciente.

3.2.2.1. Formação, Certificação e Atualização Internacional dos Capelães

O processo de cuidado espiritual pelo capelão ao nível internacional, independentemente de sua formação religiosa e/ou espiritual, requer

a realização de um curso específico (pós-graduação), pelo período geralmente de um ano, incluindo treinamentos voltados à educação pastoral clínica e práticas (estágio/residência) no cuidado de pacientes hospitalizados. Esse curso ajuda o capelão a desenvolver a habilidade em fornecer cuidados e aconselhamento espiritual, inclusive com e sem a necessidade de orações/rituais religiosos, bem como a compreensão de sua atuação em uma equipe multidisciplinar hospitalar e que abordará técnicas de tratamentos médicos tradicionais e complementares.^{31,32}

A preparação para tornar-se capelão é rigorosa e requer uma base sólida acadêmica e de desenvolvimento espiritual pessoal. Normalmente, tem como pré-requisito o ensino completo a nível superior com diploma de bacharel e/ou um diploma teológico de nível de pós-graduação em uma instituição credenciada (nos Estados Unidos, pelo *Council for Higher Education Accreditation - CHEA*).³³

Um exemplo de conteúdo pedagógico internacional do curso de capelania é o da Associação de Capelães Profissionais (ACP) dos Estados Unidos, uma entidade com mais de 10.000 membros que atuam como capelães, conselheiros pastorais e educadores pastorais clínicos em diversos ambientes especializados (hospitais, prisões, exército etc.), adotado como modelo em vários países e composto pelo aprendizado de:³¹⁻³³

- Seção 1 – Cuidados de capelania com beneficiários: avaliação de informações relevantes sobre as necessidades e recursos espirituais, religiosos, emocionais e relacionais do beneficiário; prestação de cuidados para promover o bem-estar; documentação de cuidados na forma de estrutura de registro apropriado de informações relevantes; trabalho em equipe e colaboração; prática ética incluindo a adesão ao Código de Ética da ACP e outros códigos de ética, conforme exigido pelo ambiente profissional do capelão para orientar a tomada de decisões e o comportamento profissional; respeito a confidencialidade de informações de todas as fontes, incluindo o destinatário do cuidado, registros legais ou organizacionais e outros prestadores de cuidados, conforme as leis, regulamentos e normas; respeito à diversidade de crenças, culturas e/ou identidades.

Tabela 1 — Principais áreas de atuação, atribuições e detalhamento das atividades dos capelães.^{23,25-27}

Atribuição*	Detalhamento da Atividade
Área de Atuação – Cuidado Espiritual e Pastoral Direto	
Avaliação espiritual	Identificar as necessidades, recursos e preocupações espirituais e religiosas dos indivíduos. Isso inclui compreender suas crenças, valores, práticas e fontes de significado e esperança. Na avaliação espiritual, o capelão poderá realizar anamnese espiritual que, entretanto, normalmente difere da realizada durante uma consulta médica e não substitui a mesma.
Aconselhamento e orientação espiritual	Oferecer apoio individual para ajudar os indivíduos a explorar suas jornadas espirituais, abordar dúvidas religiosas e encontrar significado em suas experiências, especialmente em tempos de crise, doença ou terminalidade.
Escuta ativa e presença	Oferecer uma presença empática e sem julgamentos àqueles que estão sofrendo ou solitários.
Oração e rituais	Oferecer orações, bênçãos, sacramentos e outros rituais religiosos apropriados à tradição de fé do indivíduo e com o seu consentimento.
Facilitar práticas religiosas	Ajudar os indivíduos a se conectarem com sua fé, organizando visitas de seus próprios clérigos, fornecendo materiais religiosos ou criando oportunidades para cultos e observância religiosa.
Apoio ao luto e à perda	Oferecer apoio espiritual e emocional a indivíduos e famílias que vivenciam perdas e luto, ajudando-os a vivenciar suas crenças espirituais e encontrar conforto.
Intervenção em crise	Oferecer apoio espiritual e emocional imediato durante emergências, traumas e incidentes críticos ao paciente/família.
Consulta ética	Oferecer uma perspectiva espiritual e ética na tomada de decisões em saúde, especialmente em situações complexas que envolvem cuidados de fim de vida, consentimento informado e dilemas morais/religiosos.
Defesa de direitos	Defender as necessidades espirituais e religiosas dos pacientes e garantir que seus valores sejam respeitados no planejamento do cuidado.
Área de Atuação – Funções/Colaboração Institucional e Social	
Equipe interdisciplinar	Colaborar com médicos, enfermeiros, assistentes sociais, psicólogos e outros profissionais de saúde para fornecer um cuidado integral de saúde especialmente quanto à dimensão espiritual.
Apoio à equipe	Oferecer apoio espiritual e emocional à equipe de saúde que possa estar sofrendo de estresse, <i>burnout</i> e sofrimento moral.
Educação e treinamento	Oferecer educação à equipe sobre sensibilidade religiosa e cultural, práticas de cuidado espiritual e o papel do capelão.
Desenvolvimento de políticas e procedimentos	Contribuir para o desenvolvimento de políticas e procedimentos organizacionais que sejam sensíveis às necessidades espirituais e religiosas de pacientes, familiares e equipe.
Relacionamento com a comunidade	Servir como elo entre a organização e a comunidade religiosa/espiritual, construindo relacionamentos com líderes religiosos locais.
Pesquisa e avaliações	Participar de projetos de pesquisa para avaliar a eficácia do cuidado espiritual e contribuir para a prática da capelania baseada em evidências.
Documentação	Manter prontuário de capelania com registros confidenciais das intervenções de cuidado espiritual conforme os padrões profissionais e as políticas organizacionais.
Área de Atuação – Atividades Específicas em Diferentes Contextos	
Hospitais	Visitar pacientes, responder a encaminhamentos, liderar cultos religiosos, apoiar famílias durante crises, cuidar dos “espaços de fé” e participar de comitês de ética.
Militar	Oferecer orientação espiritual a militares e suas famílias, conduzir cultos religiosos em diversos ambientes, oferecer apoio durante missões e combates e abordar questões de danos morais.
Cuidado paliativo	Oferecer suporte espiritual e emocional a pacientes e famílias, ajudando a encontrar significado, paz e conforto diante da finitude da vida, respeitando suas crenças e valores.
Instalações correcionais	Oferecer cultos religiosos, aconselhar detentos, fornecer apoio durante a reintegração e abordar questões espirituais e éticas relacionadas ao encarceramento.
Escolas e faculdades	Prestar assistência pastoral a alunos e funcionários, oferecer orientação sobre desenvolvimento ético e espiritual e facilitar o diálogo inter-religioso.
Empresas e locais de trabalho	Oferecer apoio confidencial a funcionários que enfrentam desafios pessoais ou profissionais, promover o bem-estar e mediar conflitos.

* Principais atribuições dos capelães, entretanto, cada hospital/organização pode adicionar competências em consonância com os serviços prestados, à sua missão e à capacidade/formação do capelão.

- Seção 2 – Cuidados de capelania para a organização: cuidados com funcionários e afiliados da organização por meio de interações individuais e em grupo; cuidados de capelania de forma consistente com os valores e a declaração de missão da organização; noções de liderança em seu ambiente e profissão.

- Seção 3 – Mantendo o cuidado competente da capelania: melhoria contínua da qualidade buscando aprimorar a prática do cuidado da capelania; atualização científica pessoal por meio da leitura e reflexão sobre pesquisas e práticas profissionais atuais e, quando viável, colaborar em estudos de pesquisa; conhecimento e educação continuada; papel da tecnologia para aprimorar a prestação de cuidados e promover o trabalho da profissão; valorização e utilização de princípios empresariais, práticas e requisitos regulatórios apropriados à sua função.

A educação pastoral clínica (EPC) é o curso de treinamento primário para capelães reconhecido nos EUA e Austrália. Normalmente, tem duração mínima de 400 horas, das quais a instrução teórica/didática requer um mínimo de 100 horas. As horas remanescentes são dedicadas à prática clínica direta, com supervisão individual e em grupo.^{34,35}

Após a realização do curso, o capelão deve buscar obter sua certificação (geralmente através de uma prova específica) de modo a validar suas competências especializadas, atestando ter atingido um padrão de formação e compromisso com a prática qualificada. Desde 2004, seis entidades internacionais distintas (*Association of Professional Chaplains; American Association of Pastoral Counselors; National Association of Catholic Chaplains; Neshama: Association of Jewish Chaplains; Canadian Association for Spiritual Care; ACPE: The Standard for Spiritual Care & Education*) elaboraram e passaram a adotar padrões mínimos para a realização da prova de certificação de capelães. Atualmente, a certificação busca avaliar as competências teóricas/práticas adquiridas e deve atender pelo menos os seguintes critérios:³⁶

- Testar um conjunto de competências (teórico/práticas) baseadas em evidências científicas.
- Ser auditável e com a validade e confiabilidade demonstráveis.
- Ser capaz de observar diretamente os capelães

na prática clínica.

- Ser passível de pontuação confiável com base inclusive em critérios comportamentais.
- Minimizar os custos e ser o mais eficiente possível.

Nos Estados Unidos, o capelão que obtém sua certificação passa a ser denominado “capelão certificado”, mas o Canadá adota um termo diferente: “praticante de cuidados espirituais certificado”. Adicionalmente, a cada 1-5 anos, dependendo do país ou de sua entidade profissional, os capelães certificados devem:^{21,36}

- Participar de 50 horas de educação contínua para garantir que permaneçam atualizados e aptos nos cenários complexos e em rápida mudança da medicina e serviços hospitalares.
- Se submeter a revisões por pares para refletir sobre a sua prática profissional e receber feedback de colegas capelães.
- Demonstrar um bom relacionamento com a comunidade religiosa por meio de endosso, carta de recomendação ou equivalente emitida por líder/líderes religiosos da localidade onde atua.

3.2.2.2. Formação, Certificação e Atualização Brasileira dos Capelães

É importante considerar que para parte da população brasileira, a capelania continua sendo associada como um ministério religioso ligada a denominações religiosas específicas (cristãs, principalmente religião católica) e que mantém reconhecimento/credencial eclesiástico associada à sua própria posição/atividade.

Atualmente, não existe uma lei federal que institua e regule a profissão de capelão, de forma abrangente, como ocorre com algumas outras profissões de nível superior. No entanto, existem algumas leis que mencionam e asseguram a assistência religiosa, a qual representa uma das principais atividades dos capelães em determinados contextos:

- Constituição Federal de 1988, artigo 5º, inciso VII: Assegura “nos termos da lei, a prestação de assistência religiosa nas entidades civis e militares de internação coletiva”. Essa é a base legal para a atuação de capelães em hospitais,

presídios etc.³⁷

- Lei n.º 9.982, de 14 de julho de 2000: Dispõe sobre a prestação de assistência religiosa nas entidades hospitalares públicas e privadas, bem como nos estabelecimentos prisionais civis e militares: “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 pôr em risco as condições do paciente ou a segurança do ambiente hospitalar, ou prisional”.³⁸

- Portaria Ministerial n.º 397 de 9 de outubro de 2002 instituiu a Classificação Brasileira de Ocupações – CBO na qual a atividade do capelão é reconhecida sob o código 2631-05 “Ministro de Culto Religioso (Capelão e outros)” com descrição sumária de atividades: “realizam liturgias, celebrações, cultos e ritos; dirigem e administram comunidades; formam pessoas segundo preceitos religiosos das diferentes tradições; orientam pessoas; realizam ação social junto à comunidade; pesquisam a doutrina religiosa; transmitem ensinamentos religiosos; praticam vida contemplativa e meditativa; preservam a tradição e, para isso, é essencial o exercício contínuo de competências pessoais específicas”. Como exposto anteriormente, no Brasil, a ocupação de capelão é geralmente associada à formação teológica e credenciamento religioso.³⁹

A formação nacional em capelania também não ocorre através de curso de graduação reconhecido pelo MEC. Existem diversas organizações e entidades de capelania (algumas com abrangência nacional) que oferecem seus próprios cursos e treinamentos. Em sua grande maioria, são cursos livres e de extensão, de curta duração, com programas pedagógicos simplificados, não reconhecidos pelo MEC, podendo até ser considerados uma forma de atualização científica e de melhora da prática da capelania.

Entretanto, existem cursos de pós-graduação nas áreas de “Ciências da Religião e Teologia” ou áreas da saúde e educação que foquem na espiritualidade. Esses cursos podem fornecer uma base acadêmica relevante para a atuação como capelão, embora não sejam cursos de “Capelania *stricto sensu*”. Uma pesquisa no site do e-MEC (<https://emec.mec.gov.br/emec/nova>) que mantém o Cadastro Nacional de Cursos de Graduação e Instituições de Educação Superior do MEC em relação a cursos de especialização em capelania (incluindo militar, social, policial, aconselhamento, cuidados espirituais e teologia) apresentou a existência de 66 cursos ativos (à distância e presencial) em todo o país.⁴⁰

A título de informação e exemplificação de um conteúdo pedagógico de curso de pós-graduação *lato sensu* em “Capelania e Aconselhamento” no Brasil, foi levantado o da Faculdades Batista do Paraná (FABAPAR - Resolução CNE/CES n.º 1, de 6 de abril de 2018) que visa preparar capelães para diferentes áreas de atuação e composto de 9 módulos: introdução ao estudo em ensino à distância; capelania social e carcerária; aconselhamento familiar e conflitos; espiritualidade: a teologia da alma e do coração; teologia, ética e moral contemporânea; psicologia aplicada ao aconselhamento; didática e metodologia do ensino superior, projeto de pesquisa e trabalho de conclusão de curso.

No Brasil, existem diversas associações privadas que congregam e representam capelães, muitas vezes com foco em denominações religiosas específicas ou áreas de atuação, entretanto não são autarquias federais com personalidade jurídica de direito público. As principais são:

- Conselho Federal de Capelania (CONFECAP): entidade com atuação em diversas áreas (hospitalar, prisional, escolar etc.) e com representação em vários estados.
- Capelania Federal do Brasil (CAFEB): entidade de âmbito nacional que oferece credenciamento e apoio aos capelães.
- Ordem dos Capelães do Brasil (OCB): organização que procura criar regulamentações e qualificação da profissão de capelão no Brasil, baseada em um credenciamento internacional.
- União de Capelães Evangélicos do Brasil (UCEBRAS): associação com foco em

capelães evangélicos, que oferece cursos e credenciamento.

- Ordem dos Capelães Evangélicos do Brasil (OCEB): entidade com foco em capelães evangélicos, oferecendo cursos e credenciais com validade internacional.

- Associação de Capelania do Brasil (ACBRAS): associação que visa capacitar e promover a fraternidade entre capelães, com foco na assistência religiosa e social.

- Associação de Capelania na Saúde (ACS): é uma instituição que oferece assistência espiritual e emocional no contexto da saúde, possui experiência na implantação de serviços de capelania em diversos hospitais no Brasil e no mundo e oferece cursos de capacitação para o ministério da capelania.

- *International Voluntary Chaplaincy Service* (IVCS - representação no Brasil): organização internacional com atuação no Brasil e focada em serviços de capelania voluntária em diversas áreas.

No Brasil, ainda não há um consenso sobre o termo que deva ser utilizado quando o capelão realiza uma prova de certificação, que geralmente é internacional e sem validação nacional. Em relação à atualização/educação continuada, não existe uma norma/exigência legal nacional, mas é recomendável que ela seja feita seguindo pelo menos as recomendações internacionais descritas no tópico 3.2.2.1. deste capítulo, para garantir a evolução na qualidade e efetividade das intervenções Re/Es prestadas pelos capelães.

3.2.2.3. Aspectos da Atuação Geral dos Capelães e nos Pacientes com Doença Cardiovascular

A capelania profissional, como apresentado anteriormente, é o resultado evolutivo de uma prática secular e estimulada por evidências científicas e apoio de um conjunto de entidades (inclusive médicas), de diferentes países e com as mais diversas origens religiosas. Mesmo atuando a nível hospitalar e até mesmo em equipes multidisciplinares de cuidados de saúde, a maioria dos capelães não é um profissional da área da saúde (não tem formação/graduação

na área). Nesses casos, devem ser considerados profissionais de saúde aliados e suas atividades como “serviços de apoio ao paciente”.⁴¹

O termo capelão profissional deve ser utilizado para o capelão formado (idealmente certificado) e contratado por instituição/hospital/organização. Sua remuneração é feita exclusivamente por parte do empregador, devendo ser vedada a cobrança de honorários ou por serviços prestados diretamente aos pacientes hospitalizados.

Outro ponto importante é que os capelães são geralmente os profissionais do hospital responsáveis por estabelecer e manter o espaço inter-religioso (“espaço sagrado”) da instituição. Este espaço, idealmente, deve ser projetado para atender às necessidades espirituais e emocionais de pacientes/familiares das mais diversas práticas espirituais e religiosas devendo: ser um ambiente silencioso, de neutralidade e acolhimento; adaptável a diferentes necessidades e práticas espirituais (p. ex.: almofadas de oração, bancos, espaços para ajoelhar); facilmente acessível a todos (incluindo pessoas com mobilidade reduzida); oferecer recursos de apoio (p. ex.: livros sagrados de diferentes tradições; materiais de leitura inspiradores, papéis e canetas para escrita reflexiva); com localização claramente sinalizada no hospital. Quando possível, deve ficar próximo ao escritório dos capelães, de modo a facilitar que familiares os encontrem e os contatem. O espaço inter-religioso de um hospital, mais do que um local de práticas espirituais, representa o respeito, tentativa de acolhimento e a preocupação com os pacientes e familiares em meio aos desafios da saúde.⁴²

O processo de cuidado espiritual por capelães apresenta muitas particularidades, sendo algumas das mais relevantes:

1) existe uma maior probabilidade de fornecimento de cuidados de capelania quando os pacientes apresentam doenças agudas ou quadros graves, estão em ambientes de cuidados intensivos ou recebendo cuidados paliativos e naqueles que possuem uma afiliação religiosa.⁴³

2) Hospitais em grandes centros urbanos e com afiliação/origem religiosa são mais propensos a terem capelães profissionais.⁴⁴

3) As intervenções em cuidado espiritual dependem do contexto em que são prestadas, podendo

requerer formação adicional por parte dos capelães. Um exemplo é o contexto militar no qual capelães militares possuem práticas adaptadas a: local variado para a prática (de um espaço inter-religioso a até a linha de frente de combate); postura marcial e comportamento respeitoso e adequado ao ambiente militar; questão da negociação existencial entre “ser humano e ser soldado”; transformação espiritual durante a carreira militar.⁴⁵

A pesquisa específica sobre os cuidados de capelania e seus resultados são geralmente divididos em duas categorias:⁴⁶⁻⁴⁹

1) Satisfação do paciente e familiares com os cuidados de capelania: estudos geralmente possuem metodologia mais robusta e tendem a mostrar que as visitas do capelão têm um efeito positivo na satisfação geral e bem-estar do paciente/família.

2) Resultado das intervenções específicas do capelão e relação com a evolução da doença e/ou saúde: são poucos os estudos, sendo que a maioria apresenta deficiências metodológicas (p. ex.: estudos descritos com amostra pequena; falta de escalas/ferramentas validadas de quantificação etc.). A maioria dos estudos apresenta evidências limitadas sobre os resultados específicos de intervenções Re/Es realizadas pelos capelães, principalmente em pacientes cardiovasculares.

A escala mais tradicional e validada para avaliação de satisfação do paciente foi desenvolvida por VandeCreek e Lyon (1997), avaliando quatro domínios da atuação do capelão:⁵⁰

- 1) “ministério de apoio” referente ao fornecimento de conforto e segurança;
- 2) “ajudar os pacientes a lidar” com a doença e terminalidade;
- 3) “aceitação do ministério do capelão” que reflete possíveis atitudes negativas sobre as ações e atividades dos capelães;
- 4) “ministério para as preocupações privadas do paciente” abrangendo a avaliação da competência do capelão, incluindo as habilidades de comunicação, empatia, atenção e sensibilidade.

Em relação à participação do capelão nas equipes multidisciplinares de cuidado da saúde, é necessário ressaltar que o paciente (ou o representante legal do paciente) e o médico

assistente são, em essência, os “co-capitães” das decisões sobre tratamentos e condutas. O médico não pode delegar para os capelães a responsabilidade de realização exclusiva da anamnese espiritual e não pode transferir a definição das intervenções de R/E que serão adotadas como tratamento complementar do paciente. A solicitação da presença de um capelão deve ser autorizada pelo paciente e caberá ao médico realizar o acompanhamento da prestação das intervenções, bem como a evolução e os resultados dos cuidados espirituais prestados. É importante reforçar a questão do sigilo profissional médico, pois geralmente os capelães não são profissionais da área de saúde, tendo limitações jurídicas/legais ao acesso de prontuário médico e de informações sobre o tratamento do paciente.^{30,33}

Algumas publicações relevantes abordam a atividade de capelania em relação à R/E nos pacientes com DCV:

- Consenso sobre “Cuidados Finais de Vida em Pacientes com Insuficiência Cardíaca da *Heart Failure Society of America* (2014)” referiu que a espiritualidade pode influenciar as opiniões e decisões dos pacientes sobre as terapias oferecidas e que receber/participar dos serviços de capelania pode propiciar aos pacientes “uma jornada pacífica no fim da vida”.⁵¹

- Estudo retrospectivo dos dados do *Veterans Health Administration* e da pesquisa de famílias enlutadas de pacientes com IC (realizada entre 2013 a 2015), levantou um total de 6.256 óbitos (idade média de 77,4±11,1 anos; 98,3% do sexo masculino) dos quais 84,8% foram visitados por um capelão, 70,4% das famílias foram contatadas devido à prestação de apoio ao luto e 43,54% morreram em uma unidade de cuidados paliativos. Pacientes que morreram em hospitais com os melhores serviços de capelania quando comparados ao de menor capacidade, tiveram: maior probabilidade de visita por capelão (92,6% vs. 81,2%) e apoio ao luto (86,0% vs. 72,2%); menor probabilidade de morrer na unidade de terapia intensiva (15,9% vs. 31,0%).⁵²

3.2.3. Organizações/Comunidades Baseadas na Fé

As comunidades ou organizações baseadas na fé (OBF; termos em inglês *faith communities*

e *faith-based organizations*) podem ser consideradas organizações sem fins lucrativos, não vinculadas a governos, “infundidas pela fé”, que desempenham um papel significativo na sociedade por integrar princípios e práticas da espiritualidade na promoção da saúde e bem-estar da população. As OBF reconhecem a interconexão entre a saúde física, mental, social e, principalmente, a espiritual. Para essas entidades, a fé e a espiritualidade não são apenas aspectos da vida, mas também instrumentos poderosos para a cura, o enfrentamento de doenças, a busca por significado e melhoria da vida e por uma saúde integral. Entretanto, em alguns países o termo OBF também é utilizado para organizações “de fundo religioso” (como igrejas, templos, mesquitas e locais de culto) que prestam serviços sociais e de caridade e até mesmo grandes agências de serviço social com afiliação direta a prática e tradição religiosa (geralmente cristã).⁵³⁻⁵⁵

Nas últimas décadas, houve significativa expansão da solidariedade e luta mundial pelo combate à pobreza e às doenças, o que estimulou um aumento significativo de OBF, bem como o aprimoramento das suas atividades. Hoje, geralmente, as OBF possuem uma estrutura organizacional profissional com funcionários das mais diversas áreas, incluindo assistentes sociais que atuam na linha de frente de atendimento. Mundialmente, as entidades são cultural e sociopoliticamente influentes, ocupando uma posição relevante no acesso à saúde. As principais atividades e funções desenvolvidas pelas OBF em relação à saúde e espiritualidade são:^{54,56-61}

1) Promoção do bem-estar mental e espiritual. Alguns exemplos de programas e serviços baseados na crença Re/Es da entidade: igrejas oferecendo grupos de apoio para pessoas enlutadas ou com dependência química; centros budistas que ensinam e promovem a meditação e a atenção plena; mesquitas organizando eventos comunitários que incluem atividades físicas e discussões sobre bem-estar; organizações judaicas que oferecem aconselhamento matrimonial e familiar baseado em princípios religiosos.

2) Fornecimento de apoio/suporte espiritual e pastoral em momentos de vulnerabilidade, sofrimento e doenças, podendo incluir:

aconselhamento Re/Es individual; visitas a hospitais e domicílios de pessoas acamadas ou idosas; grupos de oração intercessória em congregações; rituais e cerimônias religiosas específicas em intenção à cura de uma pessoa, ao conforto e/ou esperança; apoio ao luto.

3) Promoção de estilos de vida encorajando comportamentos saudáveis tais como: moderação alimentar; técnicas de autocuidado; campanha de prevenção ao abuso de álcool, tabaco e evitar substâncias nocivas; programas específicos para o bem-estar (p. ex.: aconselhamento nutricional; atividades físicas).

4) Fornecer cuidados de saúde e apoio compassivo aos necessitados, independentemente de sua afiliação religiosa. Esses cuidados costumam ocorrer mediante parceria e/ou manutenção de clínicas de saúde, hospitais (p. ex.: hospitais católicos, evangélicos, judaicos), programas de assistência social específica (p. ex.: fornecer abrigo, alimentação e apoio a pessoas com problemas de saúde mental ou dependências) e atividades voluntárias (p. ex.: preparo de refeições para famílias em crise, transporte para consultas médicas).

5) Construção de comunidade religiosa de apoio social: proporcionam um senso de pertencimento e laços sociais fundamentais para a saúde mental e emocional, especialmente em momentos de isolamento devido a doenças crônicas e/ou terminais. Atuam geralmente através de grupos de apoio voluntário, redes de apoio mútuo e realização de atividades sociais e recreativas.

6) Defesa da justiça social e da saúde: muitas entidades estão envolvidas na defesa e na luta pela adoção de políticas públicas que promovam a justiça social, combate à miséria/fome e que permitam o acesso equitativo a cuidados de saúde para todos, especialmente para as populações vulneráveis e marginalizadas.

7) Integração de práticas tradicionais e complementares: algumas entidades buscam integrar práticas complementares mais abrangentes à terapêutica médica convencional, através de: utilização de ervas medicinais; técnicas de relaxamento; práticas como *yoga*, *tai chi* ou acupuntura; orientação à meditação e atenção plena.

8) Educação e conscientização sobre saúde: geralmente, as OBF possuem canais de comunicação amplamente utilizados e respeitados pelos membros da sua comunidade.

Elas podem ser uma forma efetiva para disseminar informações confiáveis sobre saúde, promover a prevenção de doenças através de distribuição de materiais informativos, eventos, palestras e sermões religiosos abordando o tema.

Para a execução de suas atividades, as OBF contam com a participação de uma rede diversificada de pessoas e profissionais, dependendo da sua estrutura, dos recursos disponíveis e dos objetivos específicos da entidade. Parte significativa da relevância das OBF decorre dessa capacidade de mobilização e comprometimento de todos os seus membros da comunidade, especialmente dos responsáveis por atividades/ações da entidade, sendo os principais:⁶²⁻⁶⁴

1) Líderes religiosos (pastores, padres, rabinos, imames, monges etc.): oferecem aconselhamento espiritual, orientação Re/Es, conduzem orações e rituais de cura, realizam visitas pastorais a enfermos, lideram grupos de oração e estudo religioso com foco no bem-estar espiritual e emocional.

2) Capelães (hospitalares, prisionais, militares etc.): fornecem apoio espiritual e pastoral a indivíduos em ambientes específicos, independentemente da sua afiliação religiosa. Oferecem escuta ativa, aconselhamento em momentos de crise, facilitam práticas religiosas e atuam como ponte entre a fé, o contexto institucional e o paciente/família.

3) Conselheiros (psicoterapeutas, assistentes sociais, terapeutas familiares etc.): podem integrar os valores espirituais em suas práticas terapêuticas, oferecendo uma abordagem integral para a saúde mental e emocional, ajudando indivíduos a lidar com traumas, luto e ansiedade.

4) Profissionais de saúde (médicos, enfermeiros etc.) com treinamento e atividade em R/E.

5) Educadores em saúde com enfoque espiritual: indivíduos com treinamento para ministrar programas de educação para a saúde que incorporam princípios Re/Es relacionados ao bem-estar físico, mental e social.

6) Administradores e gestores de programas e serviços de saúde oferecidos pelas OBF. Precisam ter sensibilidade para integrar os valores e a missão religiosa da organização com as práticas de saúde eficazes e gestão empresarial.

7) Pesquisadores: envolvidos na realização de

estudos sobre a relação entre fé, espiritualidade e saúde, buscando evidências dos benefícios das práticas religiosas e do apoio espiritual no bem-estar físico e mental.

8) Voluntários: compostos por indivíduos que oferecem seu tempo e habilidades para diversas atividades relacionadas à saúde e espiritualidade.

9) Líderes leigos: membros influentes e engajados da OBF que conseguem mobilizar outros membros, organizar eventos, mobilizar recursos e atuar como defensores da saúde em sua comunidade.

10) Doadores e benfeitores: indivíduos, famílias, empresas e outras organizações que apoiam financeiramente as atividades de saúde e bem-estar das OBF.

11) Intercessores de oração: membros dedicados à prática da oração em favor da saúde e do bem-estar de outros que, embora não ofereçam cuidados diretos, sua participação através da oração é vista como uma forma importante de apoio espiritual.

É importante ressaltar que a maioria dos indivíduos necessitará passar por treinamentos e capacitações específicos às necessidades e à sua área profissional de atuação na OBF. A Tabela 2 apresenta alguns dos potenciais treinamentos e capacitações destinados aos envolvidos nas atividades e funções de uma entidade.^{55,56,58,59}

Embora as OBF desempenhem papéis valiosos na promoção da saúde e espiritualidade, frequentemente experimentam conflitos e limitações associados à sua atuação, especialmente quando os membros não recebem treinamento adequado sobre a R/E e de questões vinculadas especificamente à alguma religião, sendo as principais:^{55,63,64,67-69}

1) Potencial para proselitismo: algumas entidades podem priorizar a conversão religiosa sobre as necessidades de saúde dos indivíduos, especialmente em contextos de assistência em países subdesenvolvidos. Isso pode comprometer a confiança e o acesso de pessoas de diferentes crenças ou sem crença alguma aos serviços oferecidos.

2) Ênfase excessiva no espiritual em detrimento das questões de saúde: em algumas situações, pode haver uma tendência a supervalorizar as soluções espirituais para doenças, negligenciando a importância do tratamento médico convencional. Isso pode levar a atrasos

Tabela 2 — Potenciais treinamentos e capacitações dos envolvidos nas atividades e funções das OBF quanto à espiritualidade e saúde.^{55,56,58,59}

Atividades/Funções	Potenciais Treinamentos e Capacitações*
Integração da fé e prática profissional ética e responsável	<ol style="list-style-type: none"> 1) Fundamentos teológicos e filosóficos da OBF: compreensão da missão, valores e princípios religiosos que norteiam a entidade, podendo envolver o estudo de textos sagrados, a história da denominação etc. 2) Ética e moralidade baseadas na fé: treinamento sobre questões éticas, especialmente sobre confidencialidade, autonomia do paciente, tomada de decisão em final de vida e justiça social. 3) Valores e crenças religiosas: reconhecimento e compreensão dos valores e das crenças dos membros da comunidade atendida, incluindo o entendimento de como a fé influencia na saúde, doença, sofrimento e cura. 4) Discussão de dilemas éticos: análise de estudos de caso e discussões sobre dilemas éticos específicos que podem surgir na interseção entre a prática profissional e os valores religiosos da entidade.
Desenvolvimento das competências em cuidados espirituais na medicina	<ol style="list-style-type: none"> 1) Avaliação espiritual: treinamento em métodos para realizar avaliações espirituais sensíveis e respeitadas, identificando as necessidades, os recursos e as fontes de significado e esperança dos indivíduos. Isso pode envolver o uso de ferramentas padronizadas ou abordagem coloquial, principalmente em atividades de grupo. 2) Escuta ativa e empatia: desenvolvimento de habilidades de comunicação terapêutica focadas na escuta profunda, na demonstração de empatia e na valorização das experiências espirituais dos outros. 3) Oferta de apoio espiritual: aprendizado de como oferecer apoio espiritual apropriado ao contexto e às crenças do indivíduo, que pode incluir oração (se apropriada e solicitada), leitura de textos sagrados, facilitação de rituais religiosos ou conexão com líderes religiosos da preferência do indivíduo. 4) Manejo da diversidade religiosa e não-religiosa: treinamento para trabalhar eficazmente com pessoas de diferentes tradições religiosas, com aqueles que não têm afiliação religiosa e com aqueles que têm crenças espirituais diversas (pluralismo e sincretismo religiosos). Deverá enfatizar o respeito, a compreensão e o combate ao proselitismo. 5) Reconhecimento do sofrimento espiritual: desenvolvimento da capacidade de identificar sinais de sofrimento espiritual, como ressentimentos, desesperança, perda de significado e conflitos religiosos, e saber como oferecer apoio ou encaminhamento adequados. 6) Autocuidado do provedor: treinamento em estratégias de autocuidado para profissionais que trabalham em ambientes emocionalmente exigentes, incluindo o manejo do estresse, a busca de apoio e a reflexão sobre o impacto do trabalho em sua própria espiritualidade.
Conhecimento específico por área profissional	<ol style="list-style-type: none"> 1) Médicos: além das competências clínicas em cuidados espirituais descritas no tópico anterior, o treinamento pode incluir a compreensão de como as crenças religiosas influenciam as decisões de tratamento, a adesão aos cuidados e a percepção da dor e do sofrimento. Pode haver módulos sobre ética médica/bioética sob uma perspectiva religiosa específica. 2) Enfermeiros, técnicos/auxiliares de enfermagem e psicólogos: o treinamento geralmente se concentra na integração de abordagens terapêuticas baseadas na R/E e nos valores espirituais do paciente, a forma de aconselhamento em questões religiosas e reconhecimento do papel da OBF no bem-estar. 3) Assistentes sociais: o treinamento precisa abordar como a fé e as organizações religiosas podem ser recursos de apoio social, como atender às necessidades espirituais em contextos de vulnerabilidade e como colaborar com líderes religiosos para fornecer assistência integral. 4) Capelães: o treinamento geralmente envolve uma formação teológica e pastoral aprofundada, além de treinamento clínico em aconselhamento, luto, trauma e cuidados paliativos. Ver maiores detalhes no tópico "3.2.2. Capelanía". 5) Treinamento interprofissional em cuidados espirituais: treinamento para atuação conjunta de médicos, enfermeiros e capelães nos cuidados espirituais, estimulando o trabalho colaborativo, melhorias na comunicação da equipe e compreensão das responsabilidades de cada profissional.
Habilidades de colaboração e trabalho em grupo/rede na entidade	<ol style="list-style-type: none"> 1) Compreensão dos papéis e responsabilidades: treinamento sobre os diferentes papéis e responsabilidades dos diversos profissionais e voluntários na entidade e como serem efetivos. 2) Comunicação interprofissional: desenvolvimento de habilidades de comunicação clara e respeitosa entre diferentes participantes da entidade, inclusive respeitando os níveis de experiência. 3) Encaminhamento adequado: aprendizado de quando e como encaminhar indivíduos para outros profissionais dentro ou fora da entidade, incluindo líderes religiosos e profissionais de saúde mental. 4) Construção de relacionamentos com a OBF: para profissionais não pertencentes à entidade, o treinamento pode incluir a construção de relacionamentos de confiança e respeito.
Aspectos culturais e de sensibilidade	<ol style="list-style-type: none"> 1) Competência cultural e religiosa: treinamento para compreender e respeitar as diversas culturas e tradições religiosas, envolvendo o aprendizado de práticas rituais, feriados religiosos, restrições alimentares e outras expressões da fé que não são do grupo religioso predominante da entidade. 2) Evitando o proselitismo: ensinar como separar a prestação de serviços de saúde da entidade do proselitismo religioso, garantindo que os indivíduos se sintam seguros e respeitados em suas próprias crenças. 3) Linguagem e comunicação sensível: treinamento no uso de linguagem inclusiva e sensível ao discutir questões culturais, de fé e espiritualidade relacionadas à saúde.

OBF: organização baseada na fé; R/E: religiosidade/espiritualidade. * A seleção destes potenciais treinamentos e capacitações foi baseada em informações de publicações (p. ex.: revisão, revisão sistemática, metanálise) e da própria observação dos autores do livro. Entretanto, existem outras formas e possibilidades, inclusive para atender demandas e necessidades específicas das entidades.

em diagnósticos e a realização de tratamentos adequados, com consequências negativas para a saúde física e mental.

3) Base científica limitada de algumas práticas de cura e/ou aconselhamento oferecidas: as informações referentes à saúde precisam de respaldo de evidências científicas sólidas para combater práticas ineficazes ou até prejudiciais para a saúde. Algumas entidades podem disseminar intencionalmente informações imprecisas, mas que atendam ou sejam baseadas em suas crenças religiosas.

4) Exclusão e discriminação: algumas entidades podem, consciente ou inconscientemente, discriminar indivíduos ou grupos com base em sua orientação sexual, identidade de gênero, religião, etnia ou outras características, inclusive limitando o acesso a serviços ou atividades.

5) Recursos limitados: muitas entidades operam com recursos financeiros e humanos limitados, o que pode restringir a qualidade, a abrangência e a sustentabilidade de seus programas de saúde.

6) Falta de profissionalismo em áreas específicas: nem sempre as pessoas envolvidas nas atividades de saúde possuem a formação profissional especializada necessária para lidar com questões complexas de saúde física e mental, podendo comprometer a qualidade do atendimento.

7) Resistência a abordagens seculares: algumas entidades podem apresentar resistência em colaborar com organizações seculares ou em adotar abordagens de saúde pública baseadas em evidências que não se alinhem às suas crenças religiosas.

8) Exploração da vulnerabilidade e abuso espiritual: indivíduos em momentos de fragilidade emocional e/ou física são mais vulneráveis e suscetíveis à exploração (p. ex.: realizar doações). Nos contextos de aconselhamento ou apoio espiritual intensivo, pode haver o risco de abuso, onde líderes religiosos influenciam e/ou manipulam indivíduos, de maneira intencional ou não, sob o pretexto de fornecer orientação.

9) Violação da privacidade e confidencialidade: em ambientes religiosos fechados, pode haver o risco de informações confidenciais sobre a saúde dos indivíduos serem compartilhadas sem o seu consentimento.

10) Falta de supervisão e mecanismos de controle/vigilância: em algumas entidades menores ou menos estruturadas, pode haver ausência de supervisão adequada e de mecanismos de

controle eficazes para garantir a qualidade e a ética dos serviços de saúde prestados.

11) Conflitos políticos/partidários: OBF envolvidas em questões de políticas públicas ou com membros pertencentes à esfera governamental e/ou administração pública podem experimentar conflitos de interesse, especialmente quanto às questões de saúde em populações vulneráveis e marginalizadas.

É importante ressaltar que após a abordagem espiritual do paciente (tanto ao nível ambulatorial quanto hospitalar), o médico poderá constatar a necessidade do apoio da OBF e deverá atuar como facilitador para o acesso à mesma. Eventualmente, o próprio paciente e/ou sua família saberão informar sobre a existência dessa entidade em sua comunidade. Entretanto, frequentemente é necessário contactar o serviço social do hospital e/ou governamental para receber as devidas orientações de como fazer o encaminhamento. Capelães e líderes religiosos também poderão auxiliar no acesso às OBF. No capítulo 3.1. da Seção 3 são abordados outros aspectos das formas de interação e integração das OBF com a equipe multidisciplinar.

Outro ponto importante é a que a participação do médico como membro da OBF (voluntário ou não), está, geralmente, associada à melhora da espiritualidade do próprio médico por: propiciar maiores níveis de esperança; aumento da satisfação compassiva; desenvolvimento de afeição e empatia; aumentar a resiliência e a disposição para enfrentamento de problemas cotidianos/profissionais; melhora na qualidade de vida, aumento do senso de propósito na vida e melhora da autoestima.^{70,71}

As pesquisas científicas sobre potenciais benefícios da atuação das OBF em questões da R/E e DCV estão em crescimento, com evidências potencialmente benéficas:^{59,66,72-75}

- Promoção da saúde cardiovascular e redução de fatores de risco, através da orientação de: técnicas de autocuidado e controle pressórico; campanha de prevenção ao abuso de álcool e tabaco; programas de aconselhamento nutricional e para prática de atividades físicas. Essas intervenções têm demonstrado efeitos significativos na melhoria de fatores de risco para DCV. Um exemplo é o programa “*HeartSmarts*” no qual educadores de saúde leigos da OBF fornecem informações à população sobre medidas de redução dos

fatores de risco. A *American Heart Association* desenvolveu o programa “*EmPOWERED to Serve*”, um conjunto de aulas que oferecem uma maneira de engajar e motivar a OBF a criar uma cultura de saúde entre seus membros.

- Fornecimento de suporte espiritual/pastoral a pacientes hospitalizados (em condições agudas e crônicas), com DCV graves/terminais e em momentos de vulnerabilidade (p. ex.: cessação do tabagismo ou do uso de álcool). Esse suporte também costuma ser feito aos familiares.

- Cuidados e apoio compassivo a pacientes com DCV durante tratamentos prolongados (p. ex.: fornecimento de abrigo, alimentação etc.).

- Suporte após hospitalização: médicos e enfermeiros pertencentes à entidade podem colaborar com suporte a pacientes após a alta hospitalar, auxiliando na adesão à medicação e facilitando programas de acompanhamento (individuais e em grupo), como aulas de controle da hipertensão e programas de exercícios baseados na fé.

Em relação às pesquisas científicas sobre OBF, R/E e saúde, existe uma variedade de escalas e escores que permitem avaliar diferentes dimensões dessa interação, incluindo engajamento religioso, eficácia organizacional e sua capacidade de promoção da saúde para os indivíduos/comunidade. A escolha da ferramenta dependerá dos objetivos específicos do estudo, sendo as principais:⁷⁶⁻⁷⁹

1) Medidas de religiosidade e espiritualidade dos membros da OBF visando compreender o nível e a natureza do engajamento Re/Es: *Multidimensional Measure of Religiousness and Spirituality* (MMRS); *Brief MMRS* (BMMRS); *Belief into Action Scale* (BIAC); *Religious Support Scale*; *Faith Practices Scale for the Church* (CfPS); *Supportive Church Environment Score* (SCES).

2) Medidas de eficácia organizacional das OBF que focam na avaliação da concretização dos objetivos da entidade e sua atuação como uma organização: avaliações qualitativas por CEOs e líderes de OBF; *Logic Models and Outcome Measurement*; *Stakeholder Perceptions*.

3) Medidas da capacidade das OBF para promoção da saúde, as quais são especificamente relevantes para avaliar a estrutura disponível: *Faith-Based Organization Capacity Inventory* (FBO-CI) que avalia áreas estruturais de capacidade, incluindo pessoal e espaço, experiência em

promoção da saúde e colaboração externa.

4) Medidas de envolvimento religioso coletivo avaliando dimensões como crença, comportamento (práticas públicas e privadas) e pertencimento dos membros: *Religious Involvement Measurement Model*.

Estudos recentes abordando o papel das OBF em relação à R/E nos pacientes com DCV:

- Estudo prospectivo com 191 participantes (idade média de 66,26 anos; 84,3% mulheres) para avaliar o impacto de um programa de 10 semanas para promoção da saúde baseado na fé (*HeartSmarts*) e o impacto nos comportamentos de risco para DCV e câncer, demonstrou que: o escore ambiental de apoio à Igreja (SCES) foi de 5 (IQR: 2,8), tendo como maior influência o apoio instrumental (88%) e o apoio falado (63%); a ingestão de vegetais aumentou em 58% ($p < 0,001$) e de frutas em 39% ($p < 0,001$); aumento da atividade física em 14% ($p < 0,001$); redução do consumo de carne vermelha em 19% ($p < 0,001$).⁷⁸

- Revisão sistemática e meta-análise sobre a eficácia das intervenções em hipertensão em OBF com seleção de 11 estudos principalmente em comunidades cristãs nos EUA, observou que intervenções realizadas por essas entidades acarretaram em uma redução significativa na PAS de -6,23 mmHg (IC95%: -11,21 a -1,25) para populações hipertensas (com PAS basal média ≥ 140 mmHg).⁸⁰

- Estudo controlado randomizado conduzido em seis OBF (igrejas urbanas com predomínio de afro-americanos) e 380 participantes (idade média de 54 ± 13 anos; 67% mulheres; índice de massa corporal médio: $33 \pm 7,5$; 87% com sobrepeso/obesidade) buscando avaliar o efeito do programa de intervenção FIT (*Faith Influencing Transformation*) para perda de peso e consequente redução de risco para diabetes e DCV demonstrou que: o grupo da intervenção teve 1,6 vezes mais probabilidade de atingir uma perda de peso ≥ 5 lb (2,25 kg) em comparação aos controles ($p < 0,001$) e os autores destacaram que pesquisas anteriores demonstraram que cada um quilo de perda de peso pode reduzir o risco de diabetes em 16%; a exposição a sermões, mensagens de texto/e-mail, folhetos, cartões de compromisso e pôsteres foi significativamente relacionada à perda do peso.⁸¹

3.2.4. Material Complementar/Interativo

Este livro possui material interativo adicional (científico, institucional, informativo etc.), que permitirá maior aprofundamento e aprendizado dos assuntos abordados neste capítulo. O conteúdo encontra-se no site institucional da Sociedade Mineira de Cardiologia e da SBC e é acessível pela internet no link e/ou QR code apresentado a seguir:



Clique e Acesse

Acesse o Cadastro e-MEC e pesquise os cursos e instituições com pós-graduações oficiais do MEC em Religiosidade e Espiritualidade.

Referências Bibliográficas

- Jones KF, Paal P, Symons X, Best MC. The Content, Teaching Methods and Effectiveness of Spiritual Care Training for Healthcare Professionals: A Mixed-Methods Systematic Review. *Journal of Pain and Symptom Management* 2021;62:e261-78. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2021.03.013>. **FREE**
- Davis EB, Worthington EL, Schnitker SA, editors. *Handbook of Positive Psychology, Religion, and Spirituality*. Cham: Springer International Publishing; 2023. <https://doi.org/10.1007/978-3-031-10274-5>. **FREE**
- Timmins F, Caldeira S, editors. *Spirituality in Healthcare: Perspectives for Innovative Practice*. Cham: Springer International Publishing; 2019. <https://doi.org/10.1007/978-3-030-04420-6>.
- Ross L, McSherry W, editors. *Spiritual Assessment in Healthcare: A Resource Guide*. Cham: Springer Nature Switzerland; 2025. <https://doi.org/10.1007/978-3-031-78575-7>.
- Oman D, editor. *Why Religion and Spirituality Matter for Public Health: Evidence, Implications, and Resources*. vol. 2. Cham: Springer International Publishing; 2018. <https://doi.org/10.1007/978-3-319-73966-3>.
- Lucchetti G. *Spirituality, Religiousness and Health: From Research to Clinical Practice*. Cham: Springer International Publishing AG; 2019.
- Peteet JR, Peteet JR, VanderWeele TJ. *Handbook of religion and health*. Third edition. New York, NY, United States of America: Oxford University Press; 2024.
- Dal-Farra RA, Geremia C. Educação em saúde e espiritualidade: proposições metodológicas. *Rev Bras Educ Med* 2010;34:587-97. <https://doi.org/10.1590/S0100-55022010000400015>.
- Von Flach MDRT, Riitt LEF, Santana FGD, Correia MVF, Claro TC, Ladeia AM, et al. Espiritualidade, Ganho Funcional e Qualidade de Vida em Reabilitação Cardiovascular. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia* 2023;120:e20220452. <https://doi.org/10.36660/abc.20220452>. **FREE**
- Koenig HG. Religion, Spirituality, and Health: The Research and Clinical Implications. *ISRN Psychiatry* 2012;2012:1-33. <https://doi.org/10.5402/2012/278730>. **FREE**
- Best M, Butow P, Oliver I. Why do We Find It so Hard to Discuss Spirituality? A Qualitative Exploration of Attitudinal Barriers. *JCM* 2016;5:77. <https://doi.org/10.3390/jcm5090077>. **FREE**
- Teixeira MZ. Interconexão entre saúde, espiritualidade e religiosidade. *Rev Med (São Paulo)* 2020;99:134-47. <https://doi.org/10.11606/issn.1679-9836.v99i2p134-147>. **FREE**
- Neely D, Minford EJ. Current status of teaching on spirituality in UK medical schools. *Medical Education* 2008;42:176-82. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2923.2007.02980.x>.
- Lucchetti G, Lucchetti ALG, Puchalski CM. Spirituality in Medical Education: Global Reality? *J Relig Health* 2012;51:3-19. <https://doi.org/10.1007/s10943-011-9557-6>.
- Koenig HG, Hooten EG, Lindsay-Calkins E, Meador KG. Spirituality in Medical School Curricula: Findings from a National Survey. *Int J Psychiatry Med* 2010;40:391-8. <https://doi.org/10.2190/pm.40.4.c>.
- Cobb M, Puchalski CM, Rumbold B. *Oxford textbook of spirituality in healthcare*. Oxford: Oxford University Press; 2012.
- Wenham J, Best M, Kissane DW. Systematic review of medical education on spirituality. *Internal Medicine Journal* 2021;51:1781-90. <https://doi.org/10.1111/imj.15421>.
- Incorporating and Teaching Spirituality into Medical Education: An Overview of the Field and Possible Educational Strategies. *Religion, Spirituality and Health: A Social Scientific Approach*, Cham: Springer International Publishing; 2019, p. 249-65. https://doi.org/10.1007/978-3-030-21221-6_15.
- Jordán ADPW, Barbosa LNF. Espiritualidade e Formação nos Programas de Residência em Saúde de uma Cidade no Nordeste Brasileiro. *Rev Bras Educ Med* 2019;43:82-90. <https://doi.org/10.1590/1981-52712015v43n3rb20180221>. **FREE**
- Lucchetti G, Lucchetti ALG, Espinha DCM, De Oliveira LR, Leite JR, Koenig HG. Spirituality and health in the curricula of medical schools in Brazil. *BMC Med Educ* 2012;12:78. <https://doi.org/10.1186/1472-6920-12-78>. **FREE**
- Peng-Keller S, Neuhold D, editors. *Charting Spiritual Care: The Emerging Role of Chaplaincy Records in Global Health Care*. Cham: Springer International Publishing; 2020. <https://doi.org/10.1007/978-3-030-47070-8>. **FREE**
- Tartaglia A, Corson T, White KB, Charlescraft A, Jackson-Jordan E, Johnson T, et al. Chaplain staffing and scope of service: benchmarking spiritual care departments. *Journal of Health Care Chaplaincy* 2024;30:1-18. <https://doi.org/10.1080/08854726.2022.2121579>.
- Galchutt PK. Spiritual assessment models for palliative care chaplains: a narrative review. *J Health Care Chaplain* 2024;30:329-45. <https://doi.org/10.1080/08854726.2024.2368999>.
- Fitchett G, Damen A, Holmes C, Kestenbaum A, Nolan S. *Spiritual Care: The Role of Health Care Chaplaincy*. In: Lucchetti G, Prieto Peres MF, Damiano RF, editors. *Spirituality, Religiousness and Health*, vol. 4, Cham: Springer International Publishing; 2019, p. 183-206.
- Best MC, Leach KT, Layson M, Carey LB. Military Perspectives on the Provision of Spiritual Care in the Australian Defence Force: A Cross-Sectional Study. *J Relig Health* 2024;63:289-308. <https://doi.org/10.1007/s10943-023-01985-3>. **FREE**
- Layson MD, Tunks Leach K, Carey LB, Best MC. Factors Influencing Military Personnel Utilizing Chaplains: A Literature Scoping Review. *J Relig Health* 2022;61:1155-82. <https://doi.org/10.1007/s10943-021-01477-2>.

Referências Bibliográficas (Continuação)

FREE = Artigo disponível na íntegra, gratuitamente.

27. Jeuland J, Fitchett G, Schulman-Green D, Kapo J. Chaplains Working in Palliative Care: Who They Are and What They Do. *J Palliat Med* 2017;20:502–8. <https://doi.org/10.1089/jpm.2016.0308>.
28. Ragsdale JR, Desjardins CM. Proposing religiously informed, relationally skillful chaplaincy theory. *J Health Care Chaplain* 2022;28:239–54. <https://doi.org/10.1080/08854726.2020.1861533>.
29. Kruizinga R, Schuhmann C, Glasner T, Jacobs G. Enhancing the integration of chaplains within the healthcare team A qualitative analysis of a survey study among healthcare chaplains. *Integr Healthc J* 2022;4:e000138. <https://doi.org/10.1136/ihj-2022-000138>.
30. Conselho Federal de Medicina (CFM). Código de Ética Médica: Resolução CFM no 2.217/2018. Brasília/DF. 2018. Disponível: https://www.in.gov.br/materia/-/asset_publisher/Kujrw0TZC2Mb/content/id/60341676.
31. Greene AE, VandeCreek L. The ACPE Supervisory Education Process: An Historical Perspective. *J Pastoral Care Counsel* 2013;67:1–9. <https://doi.org/10.1177/154230501306700202>.
32. Fitchett G, Damen A, Holmes C, Kestenbaum A, Nolan S. Spiritual Care: The Role of Health Care Chaplaincy. In: Lucchetti G, Prieto Peres MF, Damiano RF, editors. *Spirituality, Religiousness and Health*, vol. 4, Cham: Springer International Publishing; 2019, p. 183–206. https://doi.org/10.1007/978-3-030-21221-6_12.
33. Fleenor DW, Cummins P, Hirschmann J, Sharma V. Ethics education in clinical pastoral education: prevalence and types. *Journal of Health Care Chaplaincy* 2022;28:285–94. <https://doi.org/10.1080/08854726.2021.1916335>.
34. Szilagyi C, Newitt M, Nuzum D. Chaplain development in Clinical Pastoral Education (CPE) in healthcare settings in England: A mixed methods study. *PLoS ONE* 2024;19:e0310085. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0310085>. FREE
35. Timmins F, Caldeira S, Murphy M, Pujol N, Sheaf G, Weathers E, et al. The Role of the Healthcare Chaplain: A Literature Review. *Journal of Health Care Chaplaincy* 2018;24:87–106. <https://doi.org/10.1080/08854726.2017.1338048>.
36. ACPE: The Standard for Spiritual Care & Education | Association of Professional Chaplains | Canadian Association for Spiritual Care/Association canadienne de soins spirituels | National Association of Catholic Chaplains | Neshama: Association of Jewish Chaplains. The Impact of Professional Spiritual Care. *APC Forum*: 2020;22(1): 1-36. Disponível: https://www.apchaplains.org/bcci-site/wp-content/uploads/sites/2/2022/07/The-Impact-of-Professional-Spiritual-Care_PDF.pdf. FREE
37. Constituição (5 de outubro de 1988). Constituição da República Federativa do Brasil. 1988. Disponível: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm. FREE
38. LEI No 9.982, DE 14 DE JULHO DE 2000. Dispõe sobre a prestação de assistência religiosa nas entidades hospitalares públicas e privadas, bem como nos estabelecimentos prisionais civis e militares. 2000. Disponível: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/19982.htm. FREE
39. Portaria no 397, de 09 de outubro de 2002. Aprova a Classificação Brasileira de Ocupações - CBO/2002, para uso em todo território nacional e autoriza a sua publicação. 2002. Disponível: <http://www.mtecbo.gov.br/cbsite/pages/legislacao.jsf>. FREE
40. Ministério da Educação do Brasil. Cadastro Nacional de Cursos e Instituições de Educação Superior Cadastro e-MEC 2025.
41. Damen A, Delaney A, Fitchett G. Research Priorities for Healthcare Chaplaincy: Views of U.S. Chaplains. *J Health Care Chaplain* 2018;24:57–66. <https://doi.org/10.1080/08854726.2017.1399597>
42. Jankowski KRB, Handzo GF, Flannely KJ. Testing the Efficacy of Chaplaincy Care. *Journal of Health Care Chaplaincy* 2011;17:100–25. <https://doi.org/10.1080/08854726.2011.616166>.
43. White K, Jennings J, Aime C, Karimi S, Johnson CE, Fitchett G. Examining Factors Associated with Utilization of Chaplains in the Acute Care Setting. *J Relig Health* 2022;61:1095–119. <https://doi.org/10.1007/s10943-021-01460-x>. FREE
44. Handzo G, Flannely KJ, Hughes BP. Hospital Characteristics Affecting HealthCare Chaplaincy and the Provision of Chaplaincy Care in the United States: 2004 vs. 2016. *J Pastoral Care Counsel* 2017;71:156–62. <https://doi.org/10.1177/1542305017720122>.
45. Pleizier T, Schuhmann C. How the Military Context Shapes Spiritual Care Interventions by Military Chaplains. *J Pastoral Care Counsel* 2022;76:4–14. <https://doi.org/10.1177/15423050221076462>.
46. Abu-Ras W, Laird L. How Muslim and Non-Muslim Chaplains Serve Muslim Patients? Does the Interfaith Chaplaincy Model have Room for Muslims' Experiences? *J Relig Health* 2011;50:46–61. <https://doi.org/10.1007/s10943-010-9357-4>.
47. Damen A, Murphy P, Fullam F, Mylod D, Shah RC, Fitchett G. Examining the Association Between Chaplain Care and Patient Experience. *Journal of Patient Experience* 2020;7:1174–80. <https://doi.org/10.1177/2374373520918723>. FREE
48. Pesut B, Sinclair S, Fitchett G, Greig M, Koss SE. Health Care Chaplaincy: A Scoping Review of the Evidence 2009–2014. *Journal of Health Care Chaplaincy* 2016;22:67–84. <https://doi.org/10.1080/08854726.2015.1133185>.
49. Beardsley C. “In need of further tuning”: using a US patient satisfaction with chaplaincy instrument in a UK multi-faith setting, including the bereaved. *Clin Med (Lond)* 2009;9:53–8. <https://doi.org/10.7861/clinmedicine.9-1-53>. FREE
50. VandeCreek L, Lyon MA. Ministry of hospital chaplains: patient satisfaction. *J Health Care Chaplain* 1997;6:1–61. https://doi.org/10.1300/J080v06n02_01.
51. Whellan DJ, Goodlin SJ, Dickinson MG, Heidenreich PA, Jaenicke C, Stough WG, et al. End-of-Life Care in Patients With Heart Failure. *Journal of Cardiac Failure* 2014;20:121–34. <https://doi.org/10.1016/j.cardfail.2013.12.003>.
52. Feder SL, Tate J, Ersek M, Krishnan S, Chaudhry SI, Bastian LA, et al. The Association Between Hospital End-of-Life Care Quality and the Care Received Among Patients With Heart Failure. *Journal of Pain and Symptom Management* 2021;61:713–722.e1. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2020.09.006>. FREE
53. Asomugha CN, Derose KP, Lurie N. Faith-Based Organizations, Science, and the Pursuit of Health. *Journal of Health Care for the Poor and Underserved* 2011;22:50–5. <https://doi.org/10.1353/hpu.2011.0008>.
54. Bopp M, Fallon EA. Health and Wellness Programming in Faith-Based Organizations: A Description of a Nationwide Sample. *Health Promotion Practice* 2013;14:122–31. <https://doi.org/10.1177/1524839912446478>.
55. Anheier HK, Toepler S, editors. *International Encyclopedia of Civil Society*. New York, NY: Springer US; 2010. <https://doi.org/10.1007/978-0-387-93996-4>.
56. DeHaven MJ, Hunter IB, Wilder L, Walton JW, Berry J. Health Programs in Faith-Based Organizations: Are They Effective? *Am J Public Health* 2004;94:1030–6. <https://doi.org/10.2105/AJPH.94.6.1030>. FREE
57. Paterson C, Owusu E, Rolley J. What Are the Perceptions and Experiences of Care Delivery Among Faith Community Nurses? A Systematic Review. *Seminars in Oncology Nursing* 2021;37:151211. <https://doi.org/10.1016/j.soncn.2021.151211>. FREE
58. Majeed W, Anakwe A, Onyeka K, Laboy V, Mutamba J, Shikles M, et al. Participant Perspectives on the Effects of an African American Faith-Based Health Promotion Educational Intervention: a Qualitative Study. *J Racial and Ethnic Health Disparities* 2023;10:1115–26. <https://doi.org/10.1007/s40615-022-01299-2>.
59. Sanusi A, Elsej H, Golder S, Sanusi O, Olyase A. Cardiovascular health promotion: A systematic review involving effectiveness of faith-based institutions in facilitating maintenance of normal blood pressure. *PLOS Glob Public Health* 2023;3:e0001496. <https://doi.org/10.1371/journal.pgph.0001496>. FREE

Referências Bibliográficas (Continuação)

FREE = Artigo disponível na íntegra, gratuitamente.

60. Webb B, Bopp M, Fallon EA. A Qualitative Study of Faith Leaders' Perceptions of Health and Wellness. *J Relig Health* 2013;52:235–46. <https://doi.org/10.1007/s10943-011-9476-6>.
61. Abu-Ras W, Aboul-Enein BH, Almoayad F, Benajiba N, Dodge E. Mosques and Public Health Promotion: A Scoping Review of Faith-Driven Health Interventions. *Health Educ Behav* 2024;51:677–90. <https://doi.org/10.1177/10901981241252800>. **FREE**
62. Swihart DL, Yarrarapu SNS, Martin RL. Cultural Religious Competence in Clinical Practice. StatPearls, Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2025. PMID: 29630268.
63. Houghton J, Takemoto ML, Schneider J, Hooker SP, Rabin B, Brownson RC, et al. Identifying barriers, facilitators, and implementation strategies for a faith-based physical activity program. *Implement Sci Commun* 2020;1:51. <https://doi.org/10.1186/s43058-020-00043-3>. **FREE**
64. Brinckerhoff PC. Faith-based management: leading organizations that are based on more than just mission. New York, NY: John Wiley; 1999.
65. Gonçalves JPDB, Lucchetti G, Menezes PR, Vallada H. Complementary religious and spiritual interventions in physical health and quality of life: A systematic review of randomized controlled clinical trials. *PLoS ONE* 2017;12:e0186539. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0186539>. **FREE**
66. Jones SC, Schlundt D, Williams N, Smalls M, Idrizi K, Alexander L, et al. Challenges in Disseminating Evidence-Based Health Promotion Programs in Faith Community Settings: What We Need to Include. *Health Promotion Practice* 2024;15248399241259688. <https://doi.org/10.1177/15248399241259688>. **FREE**
67. James R. Handle with care: engaging with faith-based organisations in development. *Development in Practice* 2011;21:109–17. <https://doi.org/10.1080/09614524.2011.530231>.
68. Chima S. Religion politics and ethics: Moral and ethical dilemmas facing faith-based organizations and Africa in the 21st century-implications for Nigeria in a season of anomie. *Niger J Clin Pract* 2015;18:1. <https://doi.org/10.4103/1119-3077.170832>.
69. Ware V-A, Ware A, Clarke M. Domains of faith impact: how “faith” is perceived to shape faith-based international development organisations. *Development in Practice* 2016;26:321–33. <https://doi.org/10.1080/09614524.2016.1149150>.
70. Oreopoulos DG. Compassion and Mercy in the Practice of Medicine. *Perit Dial Int* 2001;21:539–42. <https://doi.org/10.1177/089686080102100601>. **FREE**
71. Pavlova A, Wang CXY, Boggiss AL, O'Callaghan A, Considine NS. Predictors of Physician Compassion, Empathy, and Related Constructs: a Systematic Review. *J GEN INTERN MED* 2022;37:900–11. <https://doi.org/10.1007/s11606-021-07055-2>.
72. Lloyd-Jones DM, Allen NB, Anderson CAM, Black T, Brewer LC, Foraker RE, et al. Life's Essential 8: Updating and Enhancing the American Heart Association's Construct of Cardiovascular Health: A Presidential Advisory From the American Heart Association. *Circulation* 2022;146. <https://doi.org/10.1161/CIR.0000000000001078>. **FREE**
73. Syed U, Kapera O, Chandrasekhar A, Baylor BT, Hassan A, Magalhães M, et al. The Role of Faith-Based Organizations in Improving Vaccination Confidence & Addressing Vaccination Disparities to Help Improve Vaccine Uptake: A Systematic Review. *Vaccines* 2023;11:449. <https://doi.org/10.3390/vaccines11020449>. **FREE**
74. Foster AJ, Marshall ML, Jefferson WK, Ard QY, Spivey S. Collaboration With African American Faith-Based Organizations to Promote Physical Activity: Lessons Learned From a Process Evaluation of a Shared-Use Agreements Program. *Health Promotion Practice* 2022;23:555–66S. <https://doi.org/10.1177/15248399221117160>. **FREE**
75. Brewer LC, Jenkins S, Hayes SN, Kumbamu A, Jones C, Burke LE, et al. Community-Based, Cluster-Randomized Pilot Trial of a Cardiovascular Mobile Health Intervention: Preliminary Findings of the FAITH! Trial. *Circulation* 2022;146:175–90. <https://doi.org/10.1161/CIRCULATIONAHA.122.059046>. **FREE**
76. Baruth M, Wilcox S, Saunders RP, Hooker SP, Hussey JR, Blair SN. Perceived Environmental Church Support and Physical Activity Among Black Church Members. *Health Educ Behav* 2013;40:712–20. <https://doi.org/10.1177/1090198113477110>. **FREE**
77. Willoughby MT, Cadigan RJ, Burchinal M, Skinner D. An Evaluation of the Psychometric Properties and Criterion Validity of the Religious Social Support Scale. *Scientific Study of Religion* 2008;47:147–59. <https://doi.org/10.1111/j.1468-5906.2008.00398.x>. **FREE**
78. Burchenal C, Tucker S, Soroka O, Antoine F, Ramos R, Anderson H, et al. Developing Faith-Based Health Promotion Programs that Target Cardiovascular Disease and Cancer Risk Factors. *J Relig Health* 2022;61:1318–32. <https://doi.org/10.1007/s10943-021-01469-2>.
79. Ebaugh HR, Chafetz JS, Pipes PF. Where's the Faith in Faith-based Organizations? Measures and Correlates of Religiosity in Faith-based Social Service Coalitions. *Social Forces* 2006;84:2259–72. <https://doi.org/10.1353/sof.2006.0086>.
80. Chan KY, Srivastava N, Wang Z, Xia X, Huang Z, Poon AN, et al. A systematic review and meta-analysis of the effectiveness of hypertension interventions in faith-based organisation settings. *J Glob Health* 2023;13:04075. <https://doi.org/10.7189/jogh.13.04075>. **FREE**
81. Berkley-Patton J, Bowe Thompson C, Bauer AG, Berman M, Bradley-Ewing A, Goggin K, et al. A Multilevel Diabetes and CVD Risk Reduction Intervention in African American Churches: Project Faith Influencing Transformation (FIT) Feasibility and Outcomes. *J Racial and Ethnic Health Disparities* 2020;7:1160–71. <https://doi.org/10.1007/s40615-020-00740-8>. **FREE**