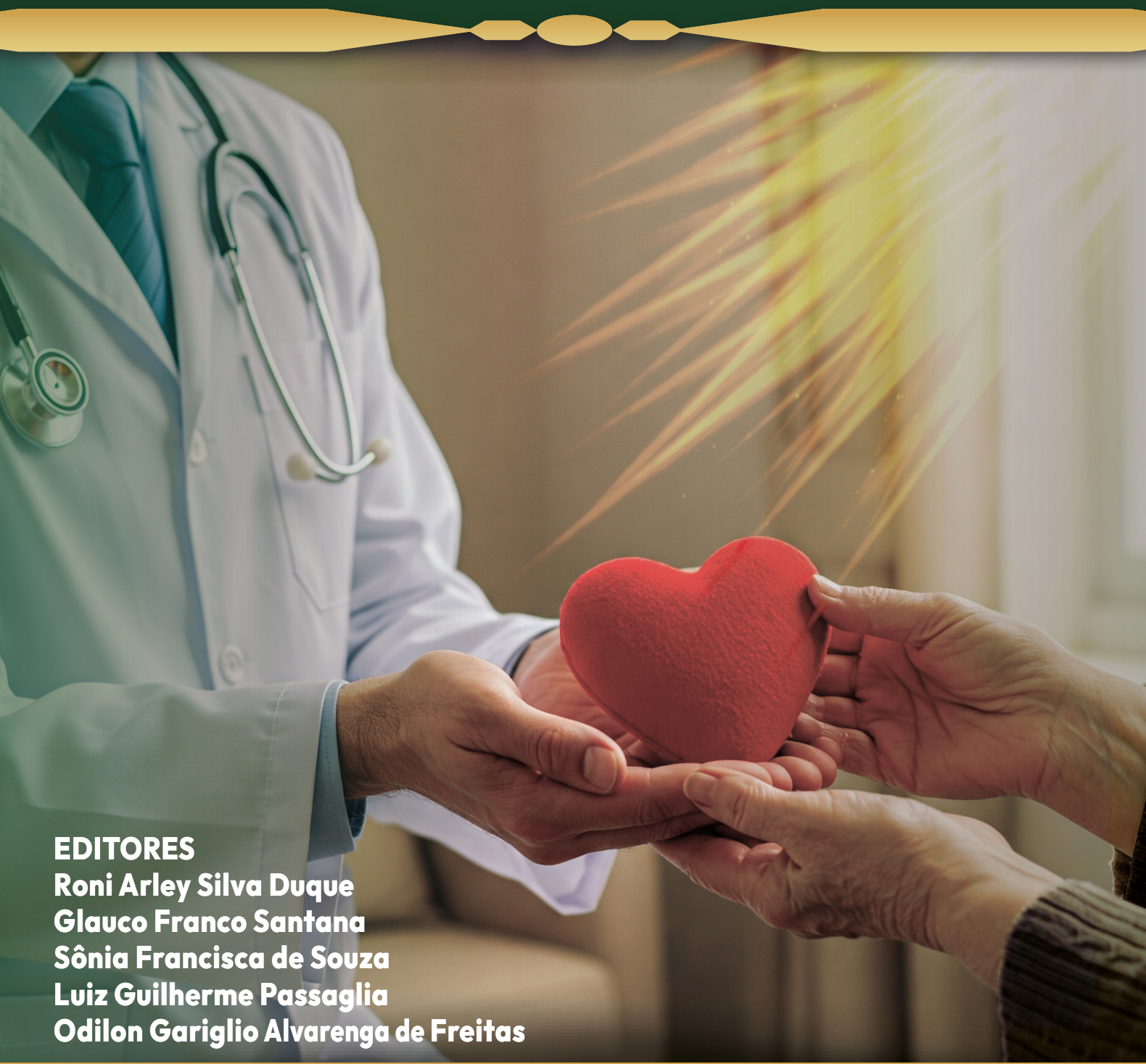


# Princípios da Religiosidade e Espiritualidade na Medicina

## 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](mailto:contato@smc.org.br) | [www.smc.org.br](http://www.smc.org.br)

# Capítulo 1.4

## Objetivos da Abordagem da Religiosidade e Espiritualidade na Prática Médica

Roni Arley Silva Duque  
Sônia Francisca de Souza  
Glauco Franco Santana

**Audiobook | Streaming**  
O capítulo está disponível  
no formato de áudio.

Clique e Acesse



### 1.4.1. Objetivos da Avaliação da Religiosidade/Espiritualidade

Para compreender a importância da abordagem da religiosidade/espiritualidade (R/E) na prática médica, é necessário levantar dados e conceitos basilares da medicina. Vários estudos têm demonstrado que indivíduos que dão grande importância à R/E experimentam melhor qualidade de vida, menos transtornos emocionais, menor taxa de tentativas de suicídio, melhor suporte social, menores índices de *burnout*, adoção de estilos de vida mais saudáveis e são geralmente mais aderentes aos tratamentos médicos.<sup>1-7</sup> Além desses achados, estudos bem conduzidos têm evidenciado que a R/E tem impacto inclusive na mortalidade, tanto em sociedades religiosas quanto naquelas secularizadas.<sup>8-10</sup>

Uma vez que R/E tem sido associada a todos esses benefícios sobre a saúde física, mental e social, torna-se imperativo que o profissional de saúde busque entender qual a relação do paciente com a esfera religiosa e espiritual, suas crenças e a importância que elas têm no enfrentamento da doença. Médicos e instituições de saúde devem trabalhar juntos para fornecer cuidados aos pacientes de diferentes culturas religiosas

e espirituais, que se associam a consequências positivas de saúde, ocasionando uma atenção médica de maior qualidade e de maior satisfação dos pacientes com os cuidados que recebem. Entretanto, quando não ocorre esse trabalho em conjunto e/ou a relação médico-paciente não é adequada, observa-se uma redução da satisfação no atendimento e, consequentemente, uma piora nos desfechos de saúde.<sup>11</sup>

O conhecimento advindo da avaliação da R/E não pode ser meramente uma informação para anotação no prontuário e sem destino prático. Ao avaliar essa dimensão, deve-se entender como isso pode ser usado em benefício do próprio paciente, para que os bons resultados dos estudos sejam reproduzidos no indivíduo. São Bernardo de Claraval traz uma reflexão muito adequada para esse tema: “Pois há aqueles que desejam saber apenas com o propósito de saber; e é uma curiosidade vergonhosa. E há aqueles que desejam saber, para que eles mesmos sejam conhecidos; e é uma vaidade vergonhosa. Há também aqueles que querem saber, para venderem o seu conhecimento, por exemplo, por dinheiro, por honrarias; e é um ganho vergonhoso. Mas há também aqueles que desejam saber para edificar; e é caridade. E da mesma forma, aqueles que desejam saber, para que sejam edificados; e é prudência”.<sup>12</sup>

O Código de Ética Médica, Resolução CFM

Duque RAS – Hospital Universitário Ciências Médicas (Belo Horizonte - MG).

Souza SF – Faculdade de Medicina da UFMG e Faculdade Ciências Médicas de Minas Gerais (Belo Horizonte - MG).

Santana GF – Hospital Nossa Senhora de Fátima (Patos de Minas - 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: 10.70271/250620.175104.

n.º 2.217, cita entre os princípios fundamentais que “o alvo de toda a atenção do médico é a saúde do ser humano, em benefício da qual deverá agir com o máximo de zelo e o melhor de sua capacidade profissional”. Portanto, é possível deduzir, por princípios filosóficos e éticos, que o objetivo do saber científico necessariamente passa pela ação – e, por que não, pela compaixão – no exercício profissional.<sup>13</sup>

Além dos fatores mencionados, a literatura médica tem demonstrado que muitas vezes o paciente gostaria de ser abordado quanto às suas convicções religiosas e/ou espirituais. Para ilustrar essa evidência, um estudo entrevistando 456 indivíduos norte-americanos de três estados diferentes, demonstrou que 66% dos participantes achavam que os médicos deveriam estar cientes das suas crenças religiosas e espirituais. O desejo manifesto de serem submetidos a uma investigação espiritual variou de 33% entre aqueles ambulatoriais, 40% em hospitalizados e em 70% daqueles em risco de morte.<sup>14</sup> Outro estudo abordando questões semelhantes em 921 participantes norte-americanos observou que 63% desejariam ser questionados pelos médicos sobre suas crenças espirituais dependendo da natureza da situação, 20% sempre gostariam dessa abordagem e 17% afirmaram nunca querer ser questionados sobre esse aspecto.<sup>15</sup>

Apesar de ser notório que uma grande proporção de pacientes deseja conversar sobre sua relação com a religião e/ou o plano espiritual, em uma revisão sistemática que incluiu 20.044 médicos, apenas 34% dos entrevistados praticavam tal ato durante a anamnese.<sup>16</sup> No Brasil, não parece diferente, pois um estudo demonstrou que somente 35% dos médicos brasileiros abordam esse tema com os pacientes.<sup>17</sup> Esses dados, além de preocupantes, evidenciam quão distante continua a prática médica das demandas particulares do seu público-alvo, ilustrando a necessidade de adequação da abordagem, tornando-a mais ampla e integral na vivência profissional.

## 1.4.2. Evolução do Conceito de Saúde e Doença

Para definir os objetivos da R/E na prática médica e como alcançá-los, é preciso compreender

a evolução conceitual de saúde, doença e moléstia. Até meados da década de 90, a doença era considerada um evento biológico. Assim, alterações anatômicas, fisiológicas ou bioquímicas acarretavam anormalidades estruturais e/ou funcionais de órgãos, sistemas ou do corpo. Por outro lado, o conceito de moléstia referia-se a um fenômeno humano, mas não biológico. Tratava-se da experiência do ser humano com a enfermidade, ou seja, do desconforto e alterações psíquicas decorrentes do agravo físico. Portanto, moléstia representava reações pessoais, interpessoais e culturais à doença.<sup>18</sup>

Ao aprender esses conceitos, entende-se a lição que muitos dos professores catedráticos de medicina sempre faziam questão de reforçar: médicos tratam doentes, e não doenças. Essa preocupação é antiga, antes mesmo da questão de a espiritualidade ser amplamente aceita como científica. Mário López já observava no final do século XX que “a desatenção para com a doença ou a moléstia resulta em tipos diversos de medicina que têm em comum o fato de serem ambas deficientes”. Ele complementa que “com os avanços do campo da ciência e da tecnologia médica, verifica-se uma tendência para o predomínio da biomedicina em detrimento da preocupação com a moléstia”.<sup>19</sup>

Atualmente, a Organização Mundial de Saúde (OMS) compreende doença como um conjunto de sinais e sintomas que alteram o estado normal de saúde e o seu conceito de saúde amplia esse entendimento para “um estado de completo bem-estar físico, mental, social e espiritual”, considerando a dimensão da experiência humana na sua definição.<sup>20</sup> O processo de adoecimento, e, portanto, de ausência de saúde plena, se associa ao sofrimento existencial, tornando necessário o resgate do entendimento clássico de moléstia para se avaliar integralmente o doente, e não apenas a doença.

Para demonstrar os objetivos da abordagem da R/E no paciente, será descrito no próximo tópico um caso clínico hipotético ilustrativo.

## 1.4.3. Caso Clínico

Ana Maria, 36 anos, e Pedro, 40 anos, descobrem durante internação hospitalar por broncopneumonia de sua filha Laura, 3 anos,

que a criança é portadora de comunicação interatrial *ostium secundum* e que necessita de tratamento cirúrgico. Durante a consulta com o cardiologista pediátrico, foram informados do risco de que, se não tratada, a criança evoluiria para insuficiência cardíaca direita, arritmia cardíaca, hipertensão pulmonar e morte precoce. Foram avisados também que o risco de morte perioperatória gira em torno de 0,3-0,4%.

Abalados pela notícia, os pais buscam uma segunda opinião com outro cardiologista pediátrico, Dr. João. Após ouvir sobre o histórico da criança e dos pais, analisar os resultados da propedêutica complementar e fazer o exame físico detalhado da pequena paciente, Dr. João se senta à mesa e faz outros questionamentos: “Como vocês estão lidando com essas notícias?”; “Qual o maior temor em relação ao tratamento?”; “Como os tios e avós têm lidado com essa notícia?”; “A questão financeira é problema para vocês ou o procedimento, se realizado, deverá ser pelo Sistema Único da Saúde (SUS)?”; “Isso tem aproximado mais vocês ou tem sido motivo de discórdia?”.

O primeiro impacto do casal foi de surpresa, pois o primeiro cardiologista pediátrico se ateve apenas às questões da doença. Com essa abertura para outras informações, Dr. João descobriu que o diagnóstico da cardiopatia da criança causou, além da ansiedade naturalmente esperada, um desequilíbrio nas relações dos pais e um medo intenso de que a filha falecesse no ato cirúrgico.

No histórico do casal, foi colocado que a filha era fruto de 12 anos de tratamento médico de infertilidade da mãe e que os custos foram muito elevados, sendo que venderam o apartamento para conseguirem arcar com as despesas. Ana Maria vinha de uma família muito religiosa e considerava, até então, que o sucesso da fertilização se devia principalmente às preces de seus pais, tios e avós, bem como da comunidade de fé que frequentava.

Com o advento do problema de Laura, Ana Maria ficou confusa e questionava se isso não seria um castigo do divino por insistir tanto em ter um bebê. Por outro lado, Pedro não se importava com questões religiosas ou espirituais desde os 14 anos, época em que

o pai, até então um religioso muito rigoroso, abandonou a família e nunca mais retornou. No entanto, ele recordava de como sua mãe lidou com a separação com resiliência e, apesar da decepção, jamais abandonou sua fé. Pedro estava atemorizado com a possibilidade de óbito da filha e estava sinceramente pensando em rever seus conceitos para amenizar sua aflição.

Com esses dados da R/E em mãos e adequadamente registrados em prontuário, Dr. João pôde então entender melhor as dúvidas dos pais de Laura, permitindo usar uma comunicação centrada no casal, expondo os riscos e dando mais ênfase aos benefícios. Explicou que, apesar de indicada a cirurgia, a intervenção não era urgente. O médico conseguiu entender como a fé daquele casal, ainda que em estágios diferentes, poderia ser usada de forma positiva e, respeitosamente, os auxiliou a enfrentar os aspectos negativos ligados à R/E.

Foram três visitas da família ao consultório do Dr. João antes da decisão de encaminhar a filha para o tratamento cirúrgico. Ao final deste período, o conflito, que até então estava afastando o casal de sua boa convivência, foi solucionado e eles se tornaram mais ligados mutuamente.

Durante o período da internação, a família foi acompanhada por um serviço de capelania hospitalar que aumentou seu senso de acolhimento, redução de estresse e melhor bem-estar com a situação cirúrgica da filha. A cirurgia transcorreu com sucesso. Desde então, Ana Maria passou a se dedicar a um serviço de capelania hospitalar e Pedro, apesar de manter-se não associado a alguma religião, passou a participar como voluntário de uma associação que cuida de crianças abandonadas pela família.

#### 1.4.4. Discussão do Caso Clínico

Apesar de o caso clínico apresentado ser hipotético, corresponde a uma situação frequentemente observada na prática clínica e traz alguns ensinamentos e reflexões interessantes:

- Deve-se reforçar que ter conhecimento por si só e não aplicado é inútil. Conforme a tradição

cristã, “é como uma lamparina numa noite escura colocada sob uma cama, sua luz não será de proveito para as pessoas”. Parafraseando Confúcio, “saber o que é correto e não o fazer é falta de coragem”. Ao contrário do primeiro profissional, Dr. João fez questão de gastar mais tempo na consulta e entender aspectos psíquicos, sociais e espirituais dos pais da criança. Ele entendeu não apenas a doença, mas suas consequências que a família enfrentava. Seus anos de prática clínica e conhecimento científico o fizeram compreender os benefícios da R/E em várias áreas da vida humana e dedicar tempo para o uso dessa ferramenta.

- Estabelecer o papel das crenças e/ou não crenças e levantar o histórico prévio pessoal de como isso favorece ou desfavorece o enfrentamento das doenças, permite o uso dessas informações em benefício dos pacientes. Dr. João não ficou com as informações apenas registradas no prontuário do paciente. Pelo contrário, o entendimento da situação emocional dos pais, bem como a relação de cada um com o transcendente deu a ele ferramentas para construir uma firme relação médico-paciente – na verdade, médico-paciente-familiares – e criar meios de levá-los a tomar a decisão para a criança de forma racional, inclusive sem interferir na autonomia dos genitores. Essa conduta demonstrou sabedoria, empatia, compaixão e arte médica e foi diferente da tida pelo primeiro profissional, que somente passou a informação científica correta sobre o tratamento, mas esqueceu da necessidade de atenção quanto ao sofrimento da família.

- A investigação clínica e da R/E não são e não podem ser em vão. Devem ser motivadas para que o conhecimento teórico adquirido na anamnese seja, se possível, colocado em prática, facilitando a tomada de decisão médica, aderência ao tratamento, melhores desfechos do paciente e promoção da saúde.

As condutas e intervenções, bem como as pessoas e protocolos, serão devidamente abordados nos capítulos deste livro.

### 1.4.5. Considerações Finais

O Código de Ética Médica, em seus princípios fundamentais, afirma que “compete ao médico

aprimorar continuamente seus conhecimentos e usar o melhor do progresso científico em benefício do paciente e da sociedade”.<sup>13</sup> Dentro dessa visão, o uso do conhecimento disponível sobre a abordagem da R/E do paciente, além de estar em linha com princípios do exercício da profissão, se alinha com as evidências mais recentes sobre a importância desse elemento para a saúde em seu conceito mais amplo e atual. O próximo e principal passo a ser dado é “colocar a mão na massa”, implementar as possíveis intervenções/cuidados de R/E, saindo do conhecimento adquirido para um avanço concreto na prática humanizada cotidianamente.

### 1.4.6. 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

**Assista ao Webinar da SMC (nov. de 2023):  
“Espiritualidade e Saúde: Desafios  
na Prática Clínica”**

**PROGRAMAÇÃO:**

1. A Espiritualidade dentro da Cardiologia: o que Precisamos Saber.
2. Debate/Perguntas/Comentários.

Conteúdo gratuito pelo canal do YouTube: TV SMC.

## Referências Bibliográficas

**FREE** = Artigo disponível na íntegra, gratuitamente.

1. Lucchetti G, Koenig HG, Lucchetti ALG. Spirituality, religiousness, and mental health: A review of the current scientific evidence. *World J Clin Cases* 2021;9:7620–31. <https://doi.org/10.12998/wjcc.v9.i26.7620>. **FREE**
2. Panzini RG, Mosqueiro BP, Zimpel RR, Bandeira DR, Rocha NS, Fleck MP. Quality-of-life and spirituality. *Int Rev Psychiatry* 2017;29:263–82. <https://doi.org/10.1080/09540261.2017.1285553>.
3. Lawrence RE, Oquendo MA, Stanley B. Religion and Suicide Risk: A Systematic Review. *Arch Suicide Res* 2016;20:1–21. <https://doi.org/10.1080/13811118.2015.1004494>. **FREE**
4. Koenig HG, VanderWeele TJ, Petzet JR. Understanding the Religion, Mental, and Social Health Relationship. In: Koenig HG, VanderWeele T, Petzet JR, editors. *Handbook of Religion and Health*, Oxford University Press; 2024. <https://doi.org/10.1093/oso/9780190088859.003.0016>.
5. Listopad IW, Michaelsen MM, Werdecker L, Esch T. Bio-Pscho-Socio-Spirito-Cultural Factors of Burnout: A Systematic Narrative Review of the Literature. *Front Psychol* 2021;12:722862. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.722862>. **FREE**
6. Svensson NH, Hvidt NC, Nissen SP, Storsveen MM, Hvidt EA, Søndergaard J, et al. Religiosity and Health-Related Risk Behaviours in a Secular Culture—Is there a Correlation? *J Relig Health* 2020;59:2381–96. <https://doi.org/10.1007/s10943-019-00919-2>. **FREE**
7. Alvarez JS, Goldraich LA, Nunes AH, Zandavalli MCB, Zandavalli RB, Belli KC, et al. Association between Spirituality and Adherence to Management in Outpatients with Heart Failure. *Arq Bras Cardiol* 2016;106:491–501. <https://doi.org/10.5935/abc.20160076>. **FREE**
8. Li S, Stampfer MJ, Williams DR, VanderWeele TJ. Association of Religious Service Attendance With Mortality Among Women. *JAMA Intern Med* 2016;176:777–85. <https://doi.org/10.1001/jamainternmed.2016.1615>. **FREE**
9. Lindström M, Pirouzifard M. Religious service attendance and mortality: A population-based prospective cohort study in southern Sweden. *SSM Popul Health* 2023;23:101492. <https://doi.org/10.1016/j.ssmph.2023.101492>.
10. Ahrenfeldt LJ, Möller S, Hvidt NC, VanderWeele TJ, Stripp TA. Effect of religious service attendance on mortality and hospitalisations among Danish men and women: longitudinal findings from REGLINK-SHAREDK. *Eur J Epidemiol* 2023;38:281–9. <https://doi.org/10.1007/s10654-023-00964-y>. **FREE**
11. Swihart DL, Yarrarapu SNS, Martin RL. *Cultural Religious Competence in Clinical Practice*. StatPearls, Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2025. PMID: 29630268. Disponível: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK493216>. **FREE**
12. Clairvaux StB. Sermones in Cantica Canticorum: SERMO XXXVI. (1090 - 1153). Disponível: [https://www.monumenta.ch/latein/text.php?tabelle=Bernardus\\_Claraevallensis&rumpfid=Bernardus%20Claraevallensis,%20Sermones%20in%20Cantica%20Canticorum,%20%20%2036&level=3&domain=&lang=0&links=&iframe=1&hide\\_apparatus=1](https://www.monumenta.ch/latein/text.php?tabelle=Bernardus_Claraevallensis&rumpfid=Bernardus%20Claraevallensis,%20Sermones%20in%20Cantica%20Canticorum,%20%20%2036&level=3&domain=&lang=0&links=&iframe=1&hide_apparatus=1). **FREE**
13. Conselho Federal de Medicina. Resolução CFM no 2.217/2018. Aprova o código de ética médica. *Diário Oficial da União*, Brasília, 1 nov. 2018. Disponível: <https://portal.cfm.org.br/images/PDF/cem2019.pdf>. **FREE**
14. MacLean CD, Susi B, Phifer N, Schultz L, Bynum D, Franco M, et al. Patient preference for physician discussion and practice of spirituality. *J Gen Intern Med* 2003;18:38–43. <https://doi.org/10.1046/j.1525-1497.2003.20403.x>. **FREE**
15. McCord G, Gilchrist VJ, Grossman SD, King BD, McCormick KE, Oprandi AM, et al. Discussing spirituality with patients: a rational and ethical approach. *Ann Fam Med* 2004;2:356–61. <https://doi.org/10.1370/afm.71>. **FREE**
16. Best M, Butow P, Olver I. Doctors discussing religion and spirituality: A systematic literature review. *Palliat Med* 2016;30:327–37. <https://doi.org/10.1177/0269216315600912>.
17. do Nascimento FRV, de Goulart BNG. Health Professionals' Approaches to Spirituality and Religiosity in Brazil: A Study Based on Item Response Theory. *J Relig Health* 2024. <https://doi.org/10.1007/s10943-024-02208-z>.
18. Barondess JA. Disease and illness—a crucial distinction. *Am J Med* 1979;66:375–6. [https://doi.org/10.1016/0002-9343\(79\)91054-4](https://doi.org/10.1016/0002-9343(79)91054-4).
19. López M, Laurentys JM. *Semiologia Médica - as Bases do Diagnóstico Clínico*. 3ª Edição. Livraria Atheneu Editora; 1990.
20. Peng-Keller S, Winiger F, Rauch R. *The Spirit of Global Health: The World Health Organization and the “Spiritual Dimension” of Health, 1946–2021*. Oxford University Press; 2022. <https://doi.org/10.1093/oso/9780192865502.001.0001>. **FREE**