

Relação entre bem-estar espiritual e transtornos psiquiátricos menores: estudo transversal

Relationship between spiritual well-being and minor psychiatric disorders: a cross-sectional study

Sandra Maria Alexandre Volcan^a, Paulo Luis Rosa Sousa^a, Jair de Jesus Mari^b e Bernardo Lessa Horta^a

^aCurso de Mestrado em Saúde e Comportamento da Universidade Católica de Pelotas, Pelotas, RS, Brasil. ^bDepartamento de Psiquiatria da Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil

Descritores

Saúde mental. Religião e medicina. Espiritualidade. Estudantes. Estudos transversais. Fatores socioeconômicos.

Resumo

Objetivo

Examinar a influência do bem-estar espiritual na saúde mental de estudantes universitários.

Métodos

Estudo transversal com 464 universitários das áreas de medicina e de direito, de Pelotas, RS. A coleta de dados foi realizada em grupos na sala de aula. Os alunos ausentes foram localizados para responderem individualmente; entretanto, 43 não foram encontrados (9,3% de perda). Utilizou-se um questionário auto-aplicável contendo: escala de bem-estar espiritual (SWBS), SRQ-20 (*Self-Reporting Questionnaire*) e informações sociodemográficas sobre práticas religiosas/espirituais e sobre a ocorrência de eventos de vida produtores de estresse. Para análise estatística, foram utilizados os testes de qui-quadrado e regressão logística.

Resultados

A maioria dos alunos (80%) afirma possuir uma crença espiritual ou religião. O escore médio de bem-estar espiritual foi de 90,4, sendo de 45,6 e 45,1 para as sub-escalas existencial e religiosa, respectivamente. A SWBS apresentou associação com a frequência a serviços religiosos e práticas espirituais, e não demonstrou ser influenciada por variáveis sociodemográficas e culturais. Indivíduos com bem-estar espiritual baixo e moderado apresentaram o dobro de chances de possuir transtornos psiquiátricos menores (TPM) (OR=0,42; IC95% 0,22-0,85). Sujeitos com bem-estar existencial baixo e moderado apresentaram quase cinco vezes mais TPM (OR=0,19; IC95% 0,08-0,45).

Conclusões

O presente estudo mostrou que o bem-estar espiritual atua como fator protetor para transtornos psiquiátricos menores, sendo a sub-escala de bem-estar existencial a maior responsável pelos resultados obtidos.

Keywords

Mental health. Religion and medicine. Spirituality. Students. Cross-sectional studies. Socioeconomic factors.

Abstract

Objective

To assess the influence of spiritual well-being in mental health of college students.

Methods

It was interviewed 464 medical and law students of Pelotas, Brazil. Data collection was carried out in groups in the school classroom, 43 absent students were not

Correspondência para/ Correspondence to:

Sandra Maria Alexandre Volcan
Curso de Mestrado em Saúde e Comportamento
Universidade Católica de Pelotas
Rua Felix da Cunha, 412
96010-000 Pelotas, RS, Brasil
E-mail: sandraav@conesul.com.br

Trabalho baseado em dissertação de mestrado apresentada à Universidade Católica de Pelotas, em 2002. Recebido em 9/5/2002. Reapresentado em 28/2/2003. Aprovado em 14/4/2003.

interviewed and represented a loss of 9.3% of the sample. It was used a self-reported questionnaire with three instruments: 1) Spiritual Well-Being Scale (SWBS), 2) SRQ-20, and 3) a precoded questionnaire with questions on sociodemographic data, religious/spiritual practices, and stressful life events. Statistical analysis was performed using Chi-square test and logistic regression.

Results

Most of the students (80%) declared that they had a spiritual belief and/or religious denomination. The mean score of spiritual well-being was 90.4 with scores 45.6 and 45.1 in the existential and religious subscales, respectively. SWBS showed an association with religious practices, but it was not influenced by sociodemographic and cultural variables. Subjects presenting low and moderate spiritual well-being showed a doubled risk of presenting minor psychiatric disorders (MPD) (OR=0.42; 95%CI: 0.22-0.85). Subjects presenting low or moderate existential well-being showed almost five times more MPD (OR=0.19; 95%CI: 0.08-0.45).

Conclusions

The study reveals spiritual well-being as a protection factor for minor psychiatric disorders, and that the results were mostly due to the Existential Well-Being subscale.

INTRODUÇÃO

Segundo a Organização Mundial de Saúde, 450 milhões de pessoas sofrem de transtornos mentais, resultantes de uma complexa interação de fatores genéticos e ambientais. O impacto desses distúrbios evidencia-se por representarem quatro das dez principais causas de incapacitação. Estudos epidemiológicos, realizados em centros de atenção primária de 14 países, mostraram que cerca de 24% da clientela apresenta transtornos psiquiátricos, sendo os diagnósticos mais frequentes depressão, ansiedade e uso inadequado de substâncias.¹⁴ Na população urbana de Pelotas, foi encontrada uma prevalência de transtornos psiquiátricos menores (TPM) de 22,7% em maiores de 15 anos.⁸ Embora a promoção da saúde mental da população seja meta importante, ainda há muito a aprender sobre como atingir esse objetivo, principalmente por meio de recursos psicossociais e comunitários,¹⁴ como a dimensão espiritual da vida humana.

Vários estudos têm demonstrado a influência da espiritualidade na saúde física, mental e social.^{9,13,14} Em 1988, a Organização Mundial de Saúde (OMS) despertou para o interesse em aprofundar as investigações nessa área, com a inclusão de um aspecto espiritual no conceito multidimensional de saúde. Tem-se por espiritualidade o conjunto de todas as emoções e convicções de natureza não material, com a suposição de que há mais no viver do que pode ser percebido ou plenamente compreendido, remetendo a questões como o significado e sentido da vida, não se limitando a qualquer tipo específico de crença ou prática religiosa.¹⁴ Há na literatura crescentes evidências de que a espiritualidade implica fator de prote-

ção, tanto em questões de ordem médica, quanto em problemas da área psicológica, bem como em situações relativas ao campo da educação.¹³

A questão da espiritualidade é muito ampla e sua mensuração bastante complexa, sendo o bem-estar espiritual, ou seja, a percepção subjetiva de bem-estar do sujeito em relação à sua crença, um de seus aspectos passíveis de avaliação. O desenvolvimento de instrumentos de mensuração do bem-estar espiritual foi baseado no conceito de espiritualidade que envolve um componente vertical, religioso (um sentido de bem-estar em relação a Deus), e um componente horizontal, existencial (um sentido de propósito e satisfação de vida), sendo que este último não implica em qualquer referência a conteúdo especificamente religioso.

O bem-estar espiritual já foi estudado em relação a diversos desfechos em saúde, principalmente em pacientes idosos e/ou portadores de patologias físicas. Contudo, pouco foi investigado sobre sua interação com a saúde mental.

Em pacientes idosos com câncer, o bem-estar espiritual representou um fator de proteção, estando relacionado a atitudes positivas de combate à enfermidade,³ diminuição da ansiedade⁶ e das demandas impostas pela doença.⁵ Em estudantes universitários, esteve associado à diminuição do risco de depressão⁴ e suicídio.¹ Nessas investigações, entretanto, há diversas limitações, seja devido ao delineamento transversal, tanto em função de falhas na seleção das amostras, como da pouca capacidade de generalização. Em um estudo de base populacional, com 506 pessoas, com idade entre 16 e 78 anos, residentes em Porto

Alegre, o caráter protetor do bem-estar espiritual foi demonstrado por sua associação com a diminuição de distúrbios mentais.¹¹ Assim, os achados sugerem que o fortalecimento do bem-estar espiritual pode auxiliar significativamente na redução da angústia relacionada a doenças, bem como na promoção da saúde mental.

O presente trabalho foi desenvolvido com o objetivo de testar a hipótese de que o bem-estar espiritual pode ser considerado um fator de proteção para transtornos psiquiátricos menores.

MÉTODOS

Foi utilizado um questionário auto-aplicável (com um total de 68 questões) contendo a escala de bem-estar espiritual (SWBS), de Paloutzian & Ellison,¹² que mede o bem-estar espiritual e a crença religiosa; o SRQ-20, recomendado pela OMS como método de *screening* para distúrbios psiquiátricos menores, além de informações sociodemográficas e sobre práticas espirituais/religiosas. Foram incluídas também sete questões visando a pesquisar a ocorrência de eventos de vida produtores de estresse.

A escala de bem-estar espiritual foi desenvolvida para avaliar o bem-estar espiritual geral. Seus autores procuram não fundamentá-la em assuntos teológicos específicos ou padrões de bem-estar, os quais variam de acordo com o sistema de crença ou denominação religiosa; pretendem, assim, possibilitar uma utilização mais ampla desta medida.² É constituída de 20 itens, respondidos em uma escala de seis pontos, que varia de “concordo fortemente” a “discordo fortemente”. Dez itens são designados para avaliação do bem-estar religioso (RWB) e os demais para mensuração do bem-estar existencial (EWB). Os escores das duas sub-escalas são somados para obtenção da medida geral de bem-estar espiritual (SWB). Testes de confiabilidade, obtidos em uma amostra de 100 estudantes voluntários da Universidade de Idaho, tiveram como resultados os coeficientes de 0,93 (SWB), 0,96 (RWB) e 0,86 (EWB).¹² Como índices de consistência interna, os coeficientes alpha encontrados foram 0,89 para o índice geral, 0,87 para a sub-escala de bem-estar religioso e 0,78 para a sub-escala de bem-estar existencial.¹² A magnitude destes coeficientes sugerem que SWBS tem alta confiabilidade e consistência interna. Os escores de SWBS estão correlacionados, como esperado, a outras medidas de avaliação da espiritualidade/religiosidade, bem como a outros índices de bem-estar. Paloutzian & Ellison¹² sugerem, como pontos de corte para o escore geral de bem-estar espiritual, os intervalos de 20 a 40, 41 a 99 e 100 a 120, para baixo, moderado e alto bem-estar

espiritual, respectivamente. Nas duas sub-escalas, os intervalos são de 10 a 20, 21 a 49 e 50 a 60 pontos. No presente estudo, para fim de análise, os resultados de SWBS foram denominados positivo para o escore alto e negativo para os escores moderado e baixo.

A SWBS foi adaptada para população brasileira a partir da tradução do instrumento original por dois tradutores profissionais, que realizaram sua atividade independentemente. As versões em português foram novamente traduzidas para seu idioma original, por outros dois tradutores. Os textos gerados foram semanticamente comparados com o instrumento original. A escala adaptada foi respondida individualmente por 20 pessoas, com o objetivo de verificar a adequação e compreensão do instrumento.

O Self-Reporting Questionnaire (SRQ-20) é um instrumento de *screening* de transtornos mentais em serviços de atendimento primário, recomendado pela OMS, validado para a população brasileira por Mari & Williams.¹⁰ No presente trabalho, considerou-se que os sujeitos que obtivessem escores de até 7 pontos seriam considerados SRQ negativo, enquanto os que obtivessem pontuações acima desta teriam a denominação de SRQ positivo.

Durante os meses de maio e junho de 2001, foram investigados 464 universitários, matriculados no terceiro, quarto e quinto anos, dos cursos de direito e de medicina de uma universidade de Pelotas, no Sul do Brasil.

A coleta de dados foi realizada em grupo, na sala de aula, por psicólogos ou acadêmicos de psicologia. Os alunos ausentes foram procurados para responder individualmente ao questionário; destes, 43 não foram encontrados (9,3% da amostra).

Dois operadores diferentes realizaram a entrada de dados num banco, utilizando o Epi Info 5.0. Os erros, apontados pela rotina de checagem do Epi Info, foram verificados nos instrumentos de coleta de dados e corrigidos. Tabelas de frequência foram utilizadas para identificar observações estranhas ou incomuns, também revisadas nos instrumentos.

Estatística descritiva foi utilizada para descrever a amostra e as frequências observadas. Teste do qui-quadrado foi usado para determinar a diferença entre os grupos de alunos. Para avaliar a associação entre transtornos psiquiátricos menores e seus possíveis determinantes, utilizou-se a regressão logística. Foram acrescentadas no modelo todas as variáveis que tiveram alguma evidência de associação com o desfecho (gênero, curso, grupo religioso, tempo de parti-

cipação em grupo religioso e número de atividades espirituais).

RESULTADOS

A amostra apresentou um predomínio do gênero masculino no curso de medicina (58,8%) e feminino no curso de direito (55%) (Tabela 1). A distribuição etária não diferiu significativamente entre os dois grupos, sendo a média geral de 23,4 anos (sd=5,00). Entretanto, a idade dos alunos de medicina variou de 20 a 33 anos, enquanto que a dos alunos de direito variou de 19 a 59 anos. O estado civil dos alunos dos dois cursos apresentou diferenças significativas ($\chi^2=20,76$, $p=0,000$), sendo solteiros 166 (97,6%) em medicina e 214 (85,3%) em direito. Não houve diferença significativa quanto à etnia dos estudantes dos dois cursos, sendo 407 (96,7%) brancos. Em relação à classe social, os alunos do curso de medicina concentraram-se de forma mais acentuada nas classes mais elevadas. Quase todos os alunos de medicina (97,6%) não exercem atividade profissional, enquanto cerca de um terço dos estudantes de direito trabalha.

Quando questionados sobre possuírem uma crença religiosa ou espiritual, 80% dos alunos responderam afirmativamente, e 86,5% realizam uma ou mais atividades espirituais (oração, meditação, leitura de textos espirituais e outras). Quanto à afiliação religiosa, ambos os cursos apresentam maior número de participantes em religiões proféticas monoteístas (cristianismo, judaísmo e islamismo). Entretanto, na amostra do curso de direito há maior ocorrência de participantes do grupo espírita. Por outro lado, os alunos de medicina apresentam um maior tempo de participação na religião do que os alunos de direito (Tabela 1).

Quanto ao desempenho na SWBS, os dois grupos de alunos não apresentaram diferenças significativas, sendo a média geral para SWB de 90,37, e para as sub-escalas de EWB e RWB de 45,61 e 45,10, respectivamente. O escore na escala também não apresentou influência das variáveis de gênero, idade, estado civil, etnia, classe social, tempo de participação na religião e grupo religiosos. Entretanto, apresentou associação com a presença de crença espiritual/religiosa, com frequência a serviço religioso e com número de atividades espirituais realizadas.

Tabela 1 - Perfil sociodemográfico e desempenho nas variáveis de saúde mental e espiritualidade/religiosidade.

Variável	Curso		N	Direito	P
	Medicina	%			
Gênero					0,009
Masculino	97	58,8	109	45	
Feminino	68	41,2	133	55	
Idade					0,999
De 19 a 25 anos	149	88,6	191	76,9	
De 26 ou mais anos	19	11,4	58	23,1	
Classe social					0,011
A1	59	34,7	50	20,7	
A2	62	36,5	88	36,4	
B1	32	18,8	58	24	
B2	10	5,9	22	9,1	
Outra	7	4,1	24	9,9	
Tem religião					0,395
Sim	140	82,4	197	78,5	
Não	30	17,6	54	21,5	
Religião					0,036
Profética monoteístas	123	88,5	142	76,3	
Sapiensais	1	0,7	0	0	
Filosóficas religiosas	2	1,4	4	2,2	
Espíritas	11	7,9	32	17,2	
Primitivas	2	1,4	8	4,3	
Tempo na religião					0,007
≥5 anos	16	11,3	52	26,7	
≥6 anos	123	88,5	142	72,8	
Quant. de atividades espirituais					0,301
≤1	85	50	119	47,4	
2 a 3	69	40,6	111	44,2	
4 a 7	16	9,4	21	8,4	
Bem-estar espiritual					0,949
Positivo	53	31,2	79	31,5	
Negativo	117	68,8	172	68,5	
Bem-estar existencial					0,403
Positivo	61	35,9	79	31,5	
Negativo	109	64,1	172	68,5	
Bem-estar religioso					0,888
Positivo	61	35,9	93	37,1	
Negativo	109	64,1	158	62,9	
SRQ-20					1,000
Positivo	34	20	44	17,5	
Negativo	136	80	207	82,5	

SRQ: Self-Reporting Questionnaire

A prevalência de transtornos psiquiátricos menores foi de 18,5%, não diferindo significativamente entre os dois cursos, mas apresentou diferença significativa entre gêneros ($p=0,007$) com 23,4% para mulheres e 13,1% para homens.

Na relação entre a variável de exposição principal e o desfecho (Tabela 2), observamos que, entre os sujeitos que apresentaram um melhor índice de SWB (escore alto), 10,6% apresentaram SRQ positivo; daqueles que apresentaram menor índice de SWB (escores moderado e baixo), 22,14% apresentaram SRQ positivo. Quando considerada apenas a sub-escala de EWB (Tabela 3), observou-se que, dos sujeitos que apresentaram um melhor índice (escore alto), 5,71% apresentaram SRQ positivo; já entre aqueles que apresentaram menor índice de EWB (escores moderado e baixo), 24,9% apresentaram SRQ positivo.

As razões de *odds* entre os níveis de bem-estar espiritual e o escore de SRQ foi de 0,42 (IC95% 0,2-0,85), mesmo após ajuste para gênero, curso, grupo religioso, tempo de participação na religião e número de atividades espirituais realizadas. As razões de *odds* entre a sub-escala de bem-estar existencial e o escore de SRQ foi de 0,19 (IC95% 0,08-0,45) após controle para os seguintes fatores de confusão: gênero, curso, grupo religioso, tempo de participação na religião e número de atividades espirituais realizadas. A sub-escala de bem-estar religioso não apresentou correlação estatisticamente significativa com o desfecho.

DISCUSSÃO

Os achados do presente estudo reafirmam a importância de se investigar a influência da espiritualidade na saúde, pois 80% da população estudada afirma possuir uma religião ou crença espiritual, e 86,5% realiza alguma atividade espiritual. Entretanto, mesmo que contribuam ao entendimento da questão, os resultados obtidos não possibilitam o estabelecimento de relações causais, devido a limitações do delineamento transversal utilizado.

Quanto à utilidade da SWBS, foi constatada sua associação com as demais medidas de avaliação da

espiritualidade/religiosidade (frequência a serviços religiosos e atividades espirituais realizadas). Não foram encontradas evidências de influências de variáveis sociodemográficas e culturais nos escores do instrumento. Entretanto, como a sub-escala de bem-estar existencial avalia propósito e satisfação de vida, é evidente que pessoas com transtornos de ansiedade e depressão apresentam alterações nesta área. Logo, os sub-fatores do SRQ-20 e da EWB são capazes de avaliar aspectos psicológicos semelhantes.

A amostra apresentou uma menor prevalência de TPM que estudos de base populacional anteriormente publicados,⁸ possivelmente por influência de sua concentração em classes sociais mais elevadas. A influência do gênero foi demonstrada com a maior frequência de TPM em mulheres, como observado em outros estudos.⁸ Contudo, deve-se considerar com ressalvas a baixa prevalência entre os homens, uma vez que esta pode ter sido resultado de falhas metodológicas na aferição de transtornos por uso de substâncias, um dos diagnósticos mais frequentes no gênero masculino.¹⁵ Co-variáveis típicas, como idade e classe social, não demonstraram influência no desfecho, possivelmente em função da relativa homogeneidade da amostra. Quanto à prevalência de TPM, também não houve diferenças significativas entre as amostras dos dois cursos.

Os achados sugerem que o SWB se constitui num fator de proteção para transtornos psiquiátricos menores. Como mostrado nas Tabelas 2 e 3, altos escores de bem-estar espiritual e, principalmente, de bem-estar existencial, aumentam a probabilidade de possuir melhor saúde mental. Os indivíduos com escore baixo e moderado de SWB apresentaram uma frequência duas vezes maior de transtornos psiquiátricos menores, em relação àqueles com escore alto. Em relação ao EWB, esta associação ficou ainda mais evidente, pois os sujeitos com escore baixo e moderado de EWB apresentaram quase cinco vezes mais SRQ positivo do que aqueles com escore alto. Por fim, a relação entre a sub-escala de bem-estar religioso e o escore de TPM não apresentou resultados significativos. Assim, como em outros estudos, o aspecto existencial da escala apresentou maior influência na associação.^{1,3-6}

Tabela 2 - Relação entre os escores de bem-estar espiritual e os escores de SRQ-20.

		SRQ	
		Positivo	Negativo
SWB	Positivo	14 (10,6%)	118 (89,4%)
	Negativo	64 (22,14%)	225 (77,9%)

$\chi^2=7,99$; $gl=1$; $p=0,005$.

Teste bicaudal.

SQR = Self-Reporting Questionnaire.

SWB = Escore de bem-estar espiritual.

Tabela 3 - Relação entre os escores de bem-estar existencial e os escores de SRQ-20.

		SRQ	
		Positivo	Negativo
EWB	Positivo	8 (5,71%)	132 (94,3%)
	Negativo	70 (24,9%)	211 (75,1%)

$\chi^2=22,81$; $gl=1$; $p<0,0001$.

Teste bicaudal.

EWB = Escore de bem-estar existencial.

Embora não seja possível determinar, com exatidão, os mecanismos de interação da espiritualidade na saúde, e especialmente na saúde mental, vários estudos sugerem que o exercício de atividades espirituais (a oração e outros rituais, por exemplo) podem influenciar, psicodinamicamente, através de emoções positivas (como a esperança, o perdão, a auto-estima e o amor). Ademais, estas emoções podem ser importantes para a saúde mental, em termos de possíveis mecanismos psiconeuroimunológicos e psicofisiológicos.⁷ Por outro lado, a vivência de ter sentido a satisfação na vida, oriundos do SWB, possibilitam ao indivíduo um recurso interno para o manejo e entendimento de situações existenciais críticas, como a dor, o sofrimento e a morte.¹⁴ Assim, visto que a espiritualidade é considerada um recurso psicossocial¹⁵ individual – e possivelmente comunitário – de promoção de saúde mental, é recomendável o incentivo

à prática de atividades espirituais e religiosas materializado em ações que, além de benéficas, não são onerosas aos sistemas de saúde.

Para o melhor esclarecimento da relação causal entre bem-estar espiritual e transtornos psiquiátricos menores, sugere-se a realização de investigações longitudinais de base populacional. Devido à grande prevalência de transtornos por uso de substâncias no gênero masculino, sugere-se também a utilização de instrumentos adequados para esta aferição.

AGRADECIMENTOS

Aos diretores e professores das Escolas de Medicina e Direito da Universidade Católica de Pelotas por colocarem à disposição informações e propiciarem a realização da coleta de dados.

REFERÊNCIAS

1. Ellis J, Smith P. Spiritual well-being, social desirability and reasons for living: is there a connection? *Int J Soc Psychiatry* 1991;37:57-63.
2. Ellison C. Spiritual well-being: conceptualization and measurement. *J Psychol Theol* 1983;4:330-40.
3. Fehring R, Miller J, Shaw C. Spiritual well-being, religiosity, hope, depression, and other mood states on elderly people with cancer. *Oncol Nurs Forum* 1997;24:663-71.
4. Fering RJ, Brennan PF, Keller ML. Psychological and spiritual well-being in college students. *Res Nurs Health* 1987;10:391-8.
5. Fensler JJ, Klemm P, Miller MA. Spiritual well-being and demands of illness in people with colorectal cancer. *Cancer Nurs* 1999;22:134-40.
6. Kaczorowski JM. Spiritual well-being and anxiety in adults diagnosed with cancer. *Hosp J* 1989;5:105-16.
7. Levin JS, Chatters, LM. Research on religion and mental health: an overview of empirical findings and theoretical issues. In: Koenig HG, editor. *Handbook of religion and mental health*. San Diego: Academic Press; 1998. p. 33-50.
8. Lima M, Soares BGO, Mari JJ. Saúde e doença mental em Pelotas, RS: dados de um estudo populacional. *Rev Psiquiatr Clin* 1999;26:225-35.
9. Lotufo Neto F. Psiquiatria e religião; a prevalência de transtornos mentais entre ministros religiosos [tese de livre-docência]. São Paulo: Escola Paulista de Medicina da Universidade Federal de São Paulo; 1997.
10. Mari J, Williams P. A validity study of a psychiatric screening questionnaire (SRQ-20) in primary care in the city of São Paulo. *Br J Psychiatry* 1986;148:23-6.
11. Marques L. A saúde e o bem-estar espiritual em adultos porto-alegrenses [tese de doutorado]. Porto Alegre: Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, 2001.
12. Paloutzian R, Ellison C. Loneliness, spiritual well-being and the quality of life. In: Peplau D, Perlman D, editors. *Loneliness: A sourcebook of current theory, research and therapy*. New York: John Wiley and Sons; 1982. p. 224-35.
13. Sousa PLR, Tillmann IA, Horta CL, Oliveira FM. A religiosidade e suas interfaces com a medicina, a psicologia e a educação: o estado de arte. *Psiquiatr Med* 2001;34:112-17.
14. World Health Organization. Division of mental health and prevention of substance abuse. *WHOQOL and spirituality, religiousness and personal beliefs (SRPB)*. Genève: 1998 (Report on WHO consultation)
15. World Health Organization. *Relatório sobre a saúde no mundo 2001. Saúde mental: nova concepção, nova esperança*. Genebra: 2001.