

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ  
FACULDADE DE MEDICINA  
DEPARTAMENTO DE MEDICINA CLÍNICA  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO *STRICTO SENSU* EM CIÊNCIAS MÉDICAS**

**FRANCISCO ALESSANDRO BRAGA DO NASCIMENTO**

**ENFRENTAMENTO RELIGIOSO-ESPIRITUAL EM PACIENTES COM DOENÇA  
PULMONAR OBSTRUTIVA CRÔNICA: ESTUDO COMPARATIVO COM  
CARDIOPATAS E INDIVÍDUOS SAUDÁVEIS**

**FORTALEZA**

**2016**

**FRANCISCO ALESSANDRO BRAGA DO NASCIMENTO**

**ENFRENTAMENTO RELIGIOSO-ESPIRITUAL EM PACIENTES COM  
DOENÇA PULMONAR OBSTRUTIVA CRÔNICA: ESTUDO COMPARATIVO  
COM CARDIOPATAS E INDIVÍDUOS SAUDÁVEIS**

Dissertação submetida ao Programa de Pós-graduação *Stricto Sensu* em Ciências Médicas do Departamento de Medicina Clínica da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Ceará como requisito parcial para a obtenção do grau de Mestre em Ciências Médicas.

Orientador: Prof. Dra. Eanes Delgado Barros Pereira

**FORTALEZA**

**2016**

# FICHA CATALOGRÁFICA

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação  
Universidade Federal do Ceará  
Biblioteca Universitária

Gerada automaticamente pelo módulo Catalog, mediante os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

---

D66e Do Nascimento, Francisco Alessandro Braga.  
Enfrentamento religioso-espiritual em pacientes com doença pulmonar obstrutiva crônica: estudo comparativo com cardiopatas e indivíduos saudáveis / Francisco Alessandro Braga Do Nascimento. – 2020. 67 f.

Dissertação (mestrado) – Universidade Federal do Ceará, Faculdade de Medicina, Programa de Pós-Graduação em Ciências Médicas, Fortaleza, 2020.  
Orientação: Profª. Dra. Eanes Delgado Barros Pereira.

1. DPOC. 2. Religiosidade. 3. Espiritualidade. 4. Qualidade de vida. 5. Estratégias de Enfrentamento. I. Título.

CDD 610

---

**FRANCISCO ALESSANDRO BRAGA DO NASCIMENTO**

**ENFRENTAMENTO RELIGIOSO-ESPIRITUAL EM PACIENTES COM  
DOENÇA PULMONAR OBSTRUTIVA CRÔNICA: ESTUDO COMPARATIVO  
COM CARDIOPATAS E INDIVÍDUOS SAUDÁVEIS**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Ciências Médicas da Universidade Federal do Ceará, como requisito parcial à obtenção do grau de mestre em Ciências Médicas. Área de concentração: Biomedicina.

Orientadora: Profa. Dra. Eanes Delgado Barros Pereira

**Aprovada em: 25/11/2016**

**BANCA EXAMINADORA**

Profa. Dra. Eanes Delgado Barros Perreira (Orientador)  
Universidade Federal do Ceará - UFC

Profa. Dra. Maria Tereza Aguiar Pessoa Morano  
Universidade Federal do Ceará - UFC

Prof. Dr. André Ferrer de Carvalho  
Universidade Federal do Ceará – UFC

*Na história da humanidade (e dos animais também)  
aqueles que aprenderam a colaborar e improvisar foram os que prevaleceram.*

Charles Darwin

## **AGRADECIMENTOS**

A Deus pela graça concedida de mais uma etapa vencida em minha vida de estudante.

A pessoa que acreditou pacientemente no meu potencial e em minha velocidade peculiar e que me permitiu concretizar esta etapa tão sonhada da minha vida, o meu carinho, agradecimento e profundo respeito à minha estimada orientadora Dra. Eanes Delgado Barros Pereira.

Ao coordenador do Curso de pós-graduação em Ciências Médicas, Dr. Pedro Felipe Carvalhedeo de Bruin, o meu agradecimento pelo apoio e a oportunidade de fazer parte de um programa de Pós Graduação tão respeitado.

A minha mãe, Iêda Maria Silva, fiel torcedora, que com garra apostou e ainda aposta todas as fichas em mim e segue por perto orientando e incentivando sempre o meu melhor para o meu melhor, colaboradora das minhas conquistas desde a infância de saúde delicada até a fase adulta onde novos vôos surgem, o meu mais profundo sentimento de amor, carinho e o agradecimento pelos ensinamentos dados ao longo de toda a minha vida. Esta vitória é de responsabilidade sua também.

A minha irmã de alma, fiel escudeira, eterna confidente, minha prima e colega de quarto Mariana Silva Alcântara e Soares, pelo amor incondicional e companheirismo desde o berço. Minha infinita gratidão.

A minha tia Lucia Maria Silva Alcântara, que desde sempre abraçou as minhas causas, sofreu as minhas dores de aprendiz e vibrou pelos meus acertos, além de me fornecer toda a força materna necessária para o meu dia-a-dia mental e espiritual, os meus sinceros agradecimentos.

A minha avó Luiza Carvalho Silva, que recentemente deixou este planeta e partiu para uma jornada de aperfeiçoamento espiritual em esferas superiores, mas que com toda certeza hoje acompanha em vibração de amor, ternura e torcida os acontecimentos aqui escritos. Valeu Vó!

Aos professores do programa, pelo empenho magistral em exercer a profissão, e pelo tempo concedido nas aulas tão valiosas realizadas no bloco didático.

Ao Hospital Universitário Walter Cantídio e ao Hospital de Messejana Dr. Carlos Alberto Studart Gomes pela disponibilidade e pela confiança depositada em mim em nome do chefe do ambulatório de Pneumologia do HUWC, Dr. Ricardo Coelho Reis e da chefe do serviço de Reabilitação Pulmonar do Hospital de Messejana, Dra. Maria Tereza Aguiar Pessoa Morano.

A todos os pneumologistas que participaram diretamente do processo de realização deste trabalho: Dra. Eanes Delgado Barros Pereira, Dra. Cyntia Maria Sampaio Viana, Dra. Maria da Penha Uchoa Sales, Dra. Isabella Matos. Ao Dr. Francisco Marcondes Tavares Cruz, exímio cardiologista que com maestria conduz o ambulatório de cardiologia do HM.

Nobres e amados amigos Fisioterapeutas que participaram direta ou indiretamente dessa conquista, Guilherme Pinheiro Ferreira da Silva, Amanda Souza Araújo, Amanda Costa da Silva Medeiros, Marcia Cristina de Melo Uchoa, Geisyani Francisca Prudente, Clarissa Bentes de Araújo, Andrea Kelly Carvalho.

O meu agradecimento as secretárias do departamento de Ciências Médicas, Ivone Mary Fontenele de Souza e Rita de Cássia de Almeida Antunes pela atenção e disponibilidade de sempre para com todos os discentes deste programa.

Agradeço à secretária do serviço de Reabilitação Pulmonar e mais uma mãe que a vida me permitiu escolher, Antônia Carlos de Lima pela atenção, compreensão e auxílio em todos os momentos da realização desta pesquisa.

Aos meus amados companheiros de jornada, desta e de outras vidas, meus melhores amigos Godva Grace Freire da Silva, Cleoberto Sales de Oliveira, Juliana Maria Firmino Siqueira, Tereza Cristina Filgueira Belo, Sâmea Albuquerque Severo, Sergio Yure Rios Gomes, Marília Uchoa Rios, Juvêncio Paiva Câmara Júnior. Que imensa é a sensação de saber que vocês existem.

Aos meus eternos mentores, que dentro e fora de sala de aula muito contribuíram para minha formação acadêmica, científica e profissional o meu respeito: Dra. Márcia Alcântara Holanda, Dr. Marcelo Alcântara Holanda, Dra. Daniela Gardano Bucharles Mont'alverne, Dra. Maria Tereza Aguiar Pessoa Morano, Dra. Juliana Maria de Sousa Pinto.

Agradeço a Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) pelo apoio financeiro a esta pesquisa.

Em especial aos meus pacientes, verdadeiros guerreiros da vida que muito me ensinam e incentivam a dar meu melhor.

A todos que direta e indiretamente participaram desse trabalho, o meu muito obrigado.

## RESUMO

**INTRODUÇÃO:** A DPOC prejudica o portador em vários aspectos de sua vida, limita a execução das atividades da vida diária, como também interfere nas relações afetivas, conjugais e sexuais, no lazer e no exercício profissional. A religiosidade e espiritualidade são estratégias de enfrentamento que estão associadas a desfechos de saúde física e mental em pacientes crônicos, embora ainda seja um assunto escasso de literatura científica na DPOC. **OBJETIVOS:** Este estudo objetivou avaliar a espiritualidade e religiosidade através de duas escalas – Brief RCOPE e DUREL em pacientes com DPOC estável por meio de um estudo multicêntrico e transversal realizado no Hospitais Universitário Walter Cantídio (HUWC) e no Hospital de Messejana Dr Carlos Alberto Studart Gomes no período de fevereiro de 2014 a fevereiro de 2016. **MÉTODOS:** 100 pacientes com diagnóstico de DPOC foram investigados com relação à saúde geral, avaliação funcional respiratória, qualidade de vida, religiosidade e espiritualidade. Utilizou-se para a investigação da religiosidade e do coping religioso-espiritual os instrumentos DUREL e Brief R-cope respectivamente. **RESULTADOS E DISCUSSÃO:** A idade média encontrada foi de  $67,3 \pm 6,8$  anos, 54% pertencente ao sexo masculino. O valor médio de VEF1 era de  $45,49 \pm 12,60$ . Mais de dois terços da amostra (77%) eram católicos e 68% alfabetizados. 67% eram casados ou viviam em união estável. A pontuação média do CAT foi de  $18,6 \pm 8,2$  pontos. A média do PHQ-9 foi de  $9,03 \pm 5,83$ . O coeficiente físico sumarizado médio foi de  $39,25 \pm 15,28$ , já o coeficiente mental sumarizado foi de  $51,28 \pm 11,83$ . A distância média de caminhada foi de  $368,5 \pm 76,12$ m. Em relação à religiosidade organizada, 65% da amostra frequentava a igreja ou templo pelo menos 1 vez na semana. No que tange à religiosidade não organizada, 99% se dedicava a atividades religiosas no domicílio pelo menos uma vez na semana. 100% da amostra acredita ser verdade sentir a presença de Deus em suas vidas, o que caracteriza a religiosidade intrínseca. A respeito do coping (enfrentamento) religioso-espiritual medido pelo instrumento Brief R-cope, a média do CRE(+) foi de  $27,17 \pm 1,6$  e do CRE(-) foi de  $8,21 \pm 2,12$ . Pacientes com DPOC utilizam mais a estratégia positiva para enfrentar a doença ( $p=0,01$ ). Mulheres se valem mais do componente positivo do CRE do que os homens ( $p=0,02$ ). Ao correlacionarmos a espiritualidade com as variáveis da amostra, observamos que estratégias negativas de CRE se correlacionaram com a gravidade da doença, avaliada pelo TC6min ( $r=-0,3$   $p<0,05$ ). Também foi encontrada relação direta entre o CRE(-) com o sofrimento psíquico, medido pelo PHQ-9 ( $r=0,2$   $p<0,03$ ). Por ser um estudo transversal não foi estabelecido causa e efeito. Os pacientes eram provenientes de instituições de atenção terciária, não sendo possível generalizar os dados para pacientes de atenção primária. **CONCLUSÕES:** Não observamos diferença de gênero quanto à religiosidade. O coping religioso negativo foi menos comum na amostra, embora tenha tido implicações significativas nos desfechos a exemplo da gravidade da doença e sofrimento psíquico. Aqueles que frequentaram instituição religiosa pelo menos uma vez na semana apresentam melhor qualidade de vida e utilizam menos os aspectos negativos do CRE

**Palavras-chave:** DPOC, religiosidade, espiritualidade, estratégias de enfrentamento

## ABSTRACT

**BACKGROUND:** COPD patients have impairments in several aspects of their lives such as daily life activities, social relationships, sexual activity, leisure and professional life. Religiosity and spirituality are coping strategies that can be useful as outcome predictors in physical and mental health for chronic illness such as copd, although its shortage in scientific literature. **AIMS:** This transversal multicentric study aimed to assess spirituality as well as religiosity through two validated scales: The Duke Religious Index (DUREL) and Brief R-cope Scale in stable COPD outpatients in two hospitals located in Fortaleza-Ceará from February 2014 to February 2016. **METHODS:** 100 patients enrolled the study. They were assessed to general health, respiratory functional tests, health related quality of life, religiosity and spirituality. **RESULTS AND DISCUSSION:** Mean age was  $67,3\pm 6,8$  years, 54% were male, mean FEV1 was  $45,49\pm 12,60$ , 77% were catholic, 68% were literate, 67% were married/stable union. CAT mean result was  $18,6\pm 8,2$ . PHQ-9 mean score was  $9,03\pm 5,83$ . Mean physical summary score was  $39,25\pm 15,28$ . Mean mental summary score was  $51,28\pm 11,83$ . Six-minute walk distance was  $368,5\pm 76,12$  meters. Concerning organizational religiosity, 65% of the sample went to church/temple at least once a week. 99% of the patients used to perform home-based religious activities such as prayers, Reading, meditation and religious tv/radio broadcast shows. 100% of the sampled believed God's presence in their lives (intrinsic religiosity). Regarding religious/spiritual coping (CRE) assessed through brazilian version of the Brief R-cope scale, mean CRE(+) score was  $27,17\pm 1,6$  and CRE(-) score was  $8,21\pm 2,12$ . COPD patients use more positive strategy to tackle the disease ( $p = 0.01$ ). Women tend to use more positive aspect of the CRE than men ( $p = 0.02$ ). By correlating the spirituality with the sample data we observe that CRE negative strategy correlated with disease severity as assessed by 6MWT ( $r = -0.3$   $p < 0.05$ ). we also found a direct relationship between CRE (-) with psychological struggle, as measured by PHQ-9 ( $r = 0.2$   $p < 0.03$ ). This was a cross-sectional study no cause and effect relationship was established. Patients were derived from tertiary care institutions, it is not possible to generalize findings for primary care patients. **CONCLUSIONS:** No gender difference in religiosity was found. Negative religious coping was less common in the sample, although it has had significant implications for outcomes such as severity of the disease and psychological distress. Those who attended religious institution at least once a week have better quality of life and use less negative aspects of religious/spiritual coping (CRE)

**Keywords:** COPD, Religion, Spirituality, Coping strategies

## LISTA DE TABELAS

<b>TABELA 1:</b> Caracterização da amostra de 100 pacientes com DPOC que participaram do estudo.....	27
<b>TABELA 2:</b> Médias dos componentes do questionário Brief Rcope.....	29
<b>TABELA 3:</b> Comparação da espiritualidade e religiosidade dos pacientes com DPOC estratificada pelo gênero.....	30
<b>TABELA 4:</b> Comparação da religiosidade e espiritualidade entre os 3 grupos (DPOC, cardiopatas e saudáveis).....	32
<b>TABELA 5:</b> Correlação da espiritualidade avaliada pelo CRE (coping religioso/espiritual) com dados demográficos , qualidade de vida, gravidade da doença e sofrimento psíquico dos pacientes com DPOC.....	33
<b>TABELA 6:</b> Comparação da religiosidade organizacional com as variáveis dos pacientes com DPOC.....	34
<b>TABELA 7:</b> Análise de regressão linear múltipla do CRE - e variáveis dos pacientes com DPOC.....	35
<b>TABELA 8:</b> Análise de regressão logística para avaliar variáveis associadas a religiosidade em pacientes com DPOC.....	36

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ATS	American Thoracic Society
CAT	Chronic obstructive pulmonary disease assesment test
cm	Centímetro
CRE(+)	Coping Religioso-Espiritual Positivo
CRE(-)	Coping Religioso-Espiritual Negativo
CVF	Capacidade Vital Forçada
DATASUS	Departamento de Informativo do Sistema Único de Saúde
DPOC	Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica
DUREL	Duke University Religious Scale
GOLD	Global Iniciative for Chronic Obstructive Lung Disease
HADS	Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão
HM	Hospital de Messejana
HUWC	Hospital Universitário Walter Cantídio
ICC	Insuficiência Cardíaca Congestiva
IMC	Índice e Massa Corpórea
min	Minuto
OMS	Organização Mundial de Saúde
NHLBI	National Heart Lung and Blood Institute
NYHA	New York Heart Association
PHQ-9	Patient Health Questionnaire - 9
QV	Qualidade de Vida
RI	Religiosidade Intrínseca
RO	Religiosidade Organizada
RNO	Religiosidade Não Organizada
RP	Reabilitação Pulmonar
seg	Segundos
SF-36	Medical Outcomes Study 36-item short-form Health Survey
SGRQ	Questionário Saint George para doenças respiratórias
TC6	Teste da Caminhada de 6 minutos
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UFC	Universidade Federal do Ceará
VEF <sub>1</sub>	Volume expiratório forçado no primeiro segundo
WHO	World Health Organization
WHOQOL	World Health Organization Quality of Life Study Group

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO</b> .....	13
1.1 Doença pulmonar obstrutiva crônica.....	13
1.2 Qualidade de vida na DPOC.....	14
1.3 Avaliação da gravidade na DPOC.....	15
1.4 Depressão e ansiedade.....	16
1.5 Espiritualidade e Religiosidade.....	16
1.6 Coping Religioso-espiritual.....	17
1.7 Justificativa e relevância.....	18
<b>2 PERGUNTA DE PARTIDA</b> .....	18
<b>3 HIPÓTESES</b> .....	18
<b>4 OBJETIVOS</b> .....	20
4.1 Objetivos Gerais.....	20
4.2 Objetivos Específicos.....	20
<b>5 MÉTODO</b> .....	21
5.1 Tipo de estudo.....	21
5.2 Local do estudo e período.....	21
5.3 Casuística.....	21
5.3.1 População e Amostra.....	21
5.3.2 Critérios de inclusão.....	21
5.3.3 Critérios de exclusão.....	22
5.4 Coleta de dados.....	22
5.5 Instrumentos e medidas.....	22
5.5.1 Questionário sobre a saúde do paciente (PHQ-9).....	22
5.5.2 COPD Assessment Test (CAT).....	23
5.5.3 Medical Outcomes Study 36-item short-form Health Survey (SF-36).....	23
5.5.4 Saint George Respiratory Questionnaire.....	24
5.5.5 Brief R-Cope.....	24
5.5.6 Duke religious Index (DUREL).....	24
5.5.7 Espirometria.....	25
5.5.8 Teste de Caminhada de 6 minutos (TC6 min).....	25
5.6 Análise estatística e cálculo amostral.....	26

5.7 Aspectos Éticos.....	26
<b>6. RESULTADOS.....</b>	<b>27</b>
6.1 Caracterização da amostra.....	27
6.2 Análise dos componentes positivos e negativos do instrumento Brief Rcope.....	29
6.3 Comparação da espiritualidade e religiosidade dos pacientes com DPOC estratificada pelo gênero.....	30
6.4 Comparação da religiosidade e espiritualidade entre os 3 grupos (DPOC, Cardiopatas e saudáveis).....	31
6.5 Correlação da espiritualidade avaliada pelo CRE (coping religioso/espiritual) com dados demográficos , qualidade de vida, gravidade da doença e sofrimento psíquico dos pacientes com DPOC .....	32
6.6 Comparação da religiosidade com as variáveis dos pacientes com DPOC.....	33
<b>7. DISCUSSÃO.....</b>	<b>36</b>
7.1 Pontos fracos e fortes do estudo.....	40
<b>8. CONCLUSÕES.....</b>	<b>41</b>
<b>9. REFERÊNCIAS.....</b>	<b>42</b>
APENDICE A – Termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE).....	49
APENDICE B – Consentimento de participação da pessoa como sujeito.....	52
APENDICE C – Ficha de coleta de dados.....	53
ANEXO I – Questionário Sobre a Saúde do(a) Paciente (PHQ-9).....	54
ANEXO II – COPD Assessment Test (CAT).....	55
ANEXO III – Medical Outcomes Study 36-item Short Form Health Survey.....	56
ANEXO IV – Saint George Respiratory Questionnaire.....	60
ANEXO V – Brief R-Cope.....	65
ANEXO VI – Escala de Religiosidade de Duke (DUREL).....	66

## 1. INTRODUÇÃO

### 1.1 Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica

A Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC) é uma doença comum, prevenível e tratável, caracterizada por limitação persistente ao fluxo aéreo geralmente progressiva e associada a uma resposta crônica aumentada nas vias aéreas e pulmões a gases e partículas nocivas. Exacerbações e comorbidades contribuem para a gravidade geral da doença nesses pacientes. (GOLD, 2013). Dos vários fatores responsáveis pela patogênese da doença, o tabagismo é o principal deles (MANNINO; DAVIS, 2006)

A gravidade da doença é avaliada por meio do VEF1 expresso como porcentagem dos valores previstos (VEF1 %) determinados pelo programa “*Global Initiative for Chronic Obstrutive Lung Disease*” (GOLD) organizado pelo Instituto do Coração, Pulmão e Sangue dos EUA (NHLBI) e pela Organização Mundial de Saúde (OMS) (GOLD, 2013).

- Estágio leve, DPOC leve,  $VEF1/CVF < 0.70$ ;  $VEF1 \geq 80\%$  do predito;
- Estágio moderado, DPOC moderada,  $VEF1/CVF < 0.70$ ;  $50\% \leq VEF1 < 80\%$  do predito;
- Estágio grave, DPOC grave,  $VEF1/CVF < 0.70$ ;  $30\% \leq VEF1 < 50\%$  do predito;
- Estágio muito grave, DPOC muito grave,  $VEF1/CVF < 0.70$ ;  $VEF1 < 30\%$  do predito.

A DPOC é uma das principais causas de mortalidade em todo o mundo (PESSOA, 2009). Nos anos 90, a DPOC ocupava o 12º lugar no ranking das causas de *Disability Adjusted Life Years* (DALYs – anos de incapacitação ajustados pela idade); em 2020, provavelmente, estará ocupando o 5º lugar entre as DALYs e o 3º como causa de morte (CAMPOS, 2009). Atualmente, a OMS estima que 210 milhões de pessoas tenham DPOC em todo o mundo (OMS, 2008). No Brasil, a mortalidade por DPOC alcança 30 mil indivíduos por ano, posicionando-a como a quinta causa de morte no país, sendo responsável por 12% de todas as hospitalizações por doenças respiratórias e 2% do número total de hospitalizações financiadas pelo SIH-SUS (CAMPOS, 2009).

Essa enfermidade está associada a várias comorbidades, que costumam afetar os resultados de saúde, a exemplo das doenças cardiovasculares, câncer de pulmão, diabetes mellitus, síndrome metabólica, disfunção muscular periférica, depressão, osteoporose, ansiedade, anemia etc (COUILLARD, VEALE; MUIR, 2011).

A DPOC prejudica o portador em vários aspectos de sua vida, limita a execução das atividades da vida diária, como também interfere nas relações afetivas, conjugais e sexuais, no lazer e no exercício profissional (GODOY, 2009). Como resultado, muitos pacientes dependerão de seus familiares, o que reforçará um sentimento de incapacidade e contribuirá para a diminuição da autoestima e autonomia. A espiritualidade pessoal pode influenciar a habilidade de enfrentar o estresse, a perda e a doença (BUSSING et al, 2014 – ADICIONAR LA ATRAS). A religiosidade e espiritualidade são estratégias de enfrentamento que se comportam como preditores de desfechos de saúde física e mental em pacientes cronicamente enfermos, a exemplo da DPOC (KOENIG, H.G et al, 2004).

## 1.2) Qualidade de vida

Calman (1984) conceitua QV como “a diferença entre o que é desejado na vida do indivíduo e o que é alcançável ou não”. Paul Jones (1991) define como “a quantificação do impacto da doença nas atividades de vida diária e bem-estar do paciente de maneira formal e padronizada”.

Para o Grupo de Estudos em Qualidade de Vida da OMS (Grupo WHOQOL) é definida como "a percepção do indivíduo de sua posição na vida no contexto da cultura e sistema de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações" (FLECK, 2000). Essa definição inclui domínios como: saúde física, estado psicológico, níveis de independência, relacionamento social, características ambientais e padrão espiritual (MACHADO; SAWADA, 2008)

Dispnéia, tosse, intolerância ao exercício, estado nutricional, associados à ansiedade e depressão, e à gravidade da doença são os principais fatores que podem influenciar a QV nesses indivíduos (SOCIEDADE BRASILEIRA DE PNEUMOLOGIA E TISIOLOGIA, 2000; CAMELIER *et al.*, 2006).

Instrumentos de medida de saúde têm sido cada vez mais desenvolvidos. O questionário de QV genérico mais estudado e utilizado é o *Medical Outcomes Study 36-item Short-Form Health Survey* (SF-36) (WARE; SHERBOURNE, 1992). O SF-36 apresenta tradução e validação para o português brasileiro (CICONELLI *et al.*, 1999). Existem questionários específicos para doenças respiratórias, como o Questionário do *Hospital Saint George* (SGRQ) que avalia a QV nos pacientes com DPOC (JONES *et al.*, 1991). O SGRQ foi validado para a população brasileira em 2000 (DE SOUSA *et*

*al.*, 2000) e modificado para uma melhor compreensão da nossa população em 2006 (CAMELIER *et al.*, 2006). Há uma crescente tendência a encurtar os questionários de avaliação da qualidade de vida, devido a pouca aplicabilidade e baixa aderência dos pacientes ao preenchimento desses instrumentos; nesse contexto surgiu o COPD Assessment Test (CAT) que apresenta ao paciente uma abordagem mais direta e resumida dos aspectos que geram impacto em sua qualidade de vida.

### **1.3) Avaliação da gravidade na DPOC**

O documento da Iniciativa Global para Controle e Tratamento da DPOC - GOLD salienta o papel fundamental do estudo funcional respiratório no diagnóstico da DPOC. Além de estabelecer o diagnóstico, o estudo da função pulmonar é fundamental nesta pneumopatia para avaliar a gravidade, definir o prognóstico e monitorar a evolução da enfermidade (GOLD 2016).

A diminuição da força elástica pulmonar definida pela complacência é também o fator mais importante na elevação da capacidade pulmonar total (CPT) que pode ser observada na fisiopatologia da DPOC. Além da diminuição dos fluxos expiratórios, ocorre aumento do volume residual (VR), o que se deve ao fechamento das vias aéreas a volumes pulmonares mais elevados que o normal. Como resultado da perda do recolhimento elástico, a CRF também está aumentada.

Segundo o Statement da ATS/ERS a diminuição da tolerância ao exercício em portadores de DPOC limita a realização das atividades da vida diária e está associada com menor sobrevida. (NICI *et al.* 2006).

A capacidade de exercício físico também se traduz numa ferramenta de avaliação da gravidade da doença. De acordo com Enfield *et al.* (2010) o TC6 é considerado como um marcador de tolerância ao exercício e também um marcador clínico, podendo predizer risco de mortalidade na população de doentes obstrutivos. Para Freitas *et al.* (2007), a distância de caminhada é um melhor preditor de mortalidade em comparação ao VEF1. Estudos recentes apontam que a média da distância de caminhada em 6 minutos em pacientes com DPOC moderada a grave gira em torno de 283 até 388 metros com um intervalo de 160 a 600 m. Uma distância menor do que 350m está associada a um maior risco de hospitalização e mortalidade (RASEKABA *et al.*, 2009; ALAMERI, H; MAJED, S; AL-HOWAIKAN, A, 2009)

#### **1.4) Depressão e Ansiedade**

A depressão é uma síndrome psiquiátrica relativamente comum (WARAICH *et al.*, 2004). Acomete cerca de 7,6% de indivíduos entre 30 a 69 anos na população brasileira (MOREIRA *et al.*, 2003). É uma doença considerada uma das dez principais causas de incapacitação no mundo, limitando o funcionamento físico, pessoal e social (MURRAY *et al.*, 1996). Caracteriza-se principalmente pelo rebaixamento do humor, redução da energia e diminuição da atividade humana (CID 10, 1993).

Ansiedade é uma combinação complexa de sentimentos de medo, apreensão e preocupação, geralmente acompanhada de sensações físicas como palpitações, dor no peito e/ou falta de ar. Um caso crônico recorrente de ansiedade, que afeta seriamente a vida da pessoa, pode ser diagnosticado como desordem de ansiedade. As mais comuns são: desordem generalizada de ansiedade, síndrome do pânico, desordem de ansiedade social, fobias, desordem obsessiva compulsiva e desordem do estresse pós-traumático.

Na DPOC, tanto a depressão como a ansiedade estão presentes como comorbidades (GODOY, 2005). Ressalta-se que a existência de sintomas depressivos ou ansiosos nesses pacientes se relaciona a um pior desfecho do quadro clínico (DAHLEN; JANSON, 2002).

#### **1.5) Espiritualidade/Religiosidade**

Espiritualidade e religiosidade, apesar de relacionadas, são conceitos distintos. A primeira é entendida como um conceito mais amplo, que envolve compreensão do significado e propósito da existência, podendo coexistir ou não com práticas de um credo religioso (KOENIG *et al.*, 2001). Já a religião possui cunho institucional e está ligada a uma doutrina compartilhada e/ou praticada coletivamente (GEORGE *et al.*, 2000). Contudo, a grande parte de textos utiliza esses dois conceitos em conjunto.

Muitas vezes, espiritualidade é citada como fator de proteção à saúde, (CUCCHIARO; DALGALARRONDO, 2007; KOENIG *et al.*, 1998; LEVIN; VANDERPOOL, 1987) causando impacto sobre a saúde física, prevenindo o desenvolvimento de doenças e reduzindo óbito ou impacto de diversas doenças.

Como instrumento de aferição objetiva da religiosidade, a literatura nos mostra a Escala de Religiosidade de DUKE, um instrumento sucinto e de fácil aplicação, que aborda alguns dos principais domínios da religiosidade e vem sendo utilizado em

diversas culturas para esse fim (KOENIG & BUSSING, 2010), além de ser traduzida e validada para a população brasileira ( MOREIRA, 2008; TAUNAY, 2012)

### **1.6) Coping religioso/espiritual**

*Coping* é um termo inglês utilizado para definir o processo de interação entre o indivíduo e o ambiente em que está inserido; na utilização de um conjunto de estratégias, cognitivas e comportamentais, com o objetivo primário de administrar ou enfrentar uma situação estressora (PANZINI; BANDEIRA, 2007; FOLKMAN; LAZARUS, 1980).

O *coping* religioso/espiritual (CRE) ocorre quando o indivíduo faz uso de suas crenças religiosas para entender, lidar e se adaptar ao estresse gerado pela doença ou acontecimento desfavorável (ANO, 2005; PARGAMENT *et al.*, 1998, 2000). Os objetivos do CRE, então, são a busca de significado, controle emocional, conforto espiritual, intimidade com Deus e com outros membros da sociedade e transformação de vida (os cinco objetivos-chave da religião)

Define-se o CRE positivo por abranger estratégias que proporcionem efeito benéfico ao praticante, como procurar amor/proteção de Deus ou maior conexão com forças transcendentais, buscar conforto na literatura religiosa, buscar perdoar e ser perdoado, resolver problemas em colaboração com Deus e redefinir o estressor como benéfico. Define-se o CRE negativo por envolver estratégias que geram conseqüências prejudiciais ao indivíduo, como questionar existência, amor ou atos de Deus, delegar a Deus a resolução dos problemas, sentir insatisfação em relação a Deus ou membros de instituição religiosa, redefinir o estressor como punição divina ou forças do mal. (PANZINI, 2007).

Pacientes que utilizam a religião para lidar com a doença na maioria das vezes dependem de um manejo religioso positivo, ou seja, uma confiança na fé construtiva para promover a adaptação saudável. Ressalta-se, entretanto, que alguns pacientes experimentam um período de turbulência existencial, ocasionando conflitos religiosos (ANO, 2005), dos quais tem sido associados com sofrimento psíquico, pior QV e aumento da mortalidade em pacientes portadores de condições médicas crônicas (FITCHETT *et al.*, 2004; PHELPS *et al.*, 2009; TREVINO *et al.*, 2010).

Alguns esforços no desenvolvimento e validação de instrumentos de avaliação de CRE têm sido realizados internacionalmente (BOUDREAUX *et al.*, 1995;

HATHAWAY; PARGAMENT, 1990;). Panzini (2004) efetuou a tradução, adaptação e validação de construto, de critério e de conteúdo da Escala de *Coping* Religioso-Espiritual (Escala CRE), com base na escala norte-americana RCOPE (PARGAMENT *et al.*, 2000), e investigou a relação entre  *coping* religioso-espiritual, saúde e qualidade de vida, demonstrando que na população brasileira existe associação positiva entre CRE e melhor QV e também associação entre CRE negativo e pior QV.

### **1.7) Justificativa e relevância**

Diante do exposto ao longo da fundamentação teórica, surgiu o interesse em avaliar o enfrentamento religioso e espiritual dos pacientes com DPOC estáveis, uma vez que o presente assunto apresenta pouca exploração científica nesse grupo de pacientes. A consciência das alterações encontradas nessa abordagem de avaliação permitirá aos profissionais de saúde uma melhor avaliação e obtenção de estratégias que refletirão maior impacto no processo multidisciplinar de condução da doença.

## **2. PERGUNTA DE PARTIDA**

Quais os aspectos de religiosidade e espiritualidade são utilizados no enfrentamento da doença pulmonar obstrutiva crônica entre pacientes em atendimento ambulatorial?

## **3. HIPÓTESES**

Dentre as hipóteses analisadas entre os pacientes com DPOC, listamos as seguintes:

- 1) Existe uma associação com religiosidade e espiritualidade e qualidade de vida em pacientes com DPOC
- 2) Existe uma diferença de gênero quanto a religiosidade e espiritualidade em pacientes com DPOC
- 3) Existe uma diferença na religiosidade e espiritualidade quando comparados aos pacientes com Insuficiência Cardíaca Congestiva e voluntários saudáveis
- 4) Existe uma associação entre religiosidade e espiritualidade com sofrimento psíquico em pacientes com DPOC
- 5) Existe uma associação da gravidade da doença com a religiosidade e espiritualidade.

## **4. OBJETIVOS**

### **4.1 Objetivo geral**

Investigar o enfrentamento religioso-espiritual em pacientes com DPOC em comparação com pacientes cardiopatas e indivíduos saudáveis por meio de um estudo multicêntrico

#### **4.2 Objetivos específicos**

- Avaliar a religiosidade e espiritualidade dos pacientes com DPOC quanto ao gênero.
- Comparar o enfrentamento religioso-espiritual em pacientes com DPOC com outra doença crônica como Insuficiência Cardíaca Congestiva (ICC) e com indivíduos saudáveis
- Correlacionar religiosidade e espiritualidade com sofrimento psíquico medido pelo questionário PHQ-9
- Investigar associação da religiosidade e espiritualidade com qualidade de vida (SF-36)
- Correlacionar religiosidade e espiritualidade com a gravidade da DPOC.

## **5. MÉTODO**

### **5.1 Tipo de estudo**

Estudo transversal e multicêntrico.

### **5.2 Local do estudo e período**

O presente estudo foi realizado nos ambulatórios de pneumologia do Hospital Universitário Walter Cantídio (HUWC) e do Hospital de Messejana Dr Carlos Alberto Studart Gomes . no período de fevereiro de 2014 a fevereiro de 2016

### **5.3 Casuística**

#### **5.3.1. População e Amostra**

Foram estudados na presente investigação pacientes portadores de DPOC, de Insuficiência cardíaca congestiva por miocardiopatia dilatada chagásica e indivíduos saudáveis. A amostra foi selecionada por conveniência e foi constituída de pacientes ambulatoriais, atendidos nos serviços de pneumologia do Hospital Universitário Walter Cantídio (HUWC) e do Hospital de Messejana com diagnóstico clínico de DPOC.

Os grupos para comparação foram constituídos pelos pacientes com insuficiência cardíaca congestiva atendidos no ambulatório de cardiologia do Hospital de Messejana Doutor Carlos Alberto Studart Gomes. Também foi avaliado um grupo de indivíduos saudáveis para observar as experiências espirituais vivenciadas nas suas vidas quotidianas. Este grupo foi constituído de indivíduos saudáveis de ambos os sexos e idade acima de 40 anos. Todos os grupos foram pareados para sexo e idade

#### **5.3.2. Critérios de inclusão**

Indivíduos, com idade acima de 40 anos, considerados portadores de DPOC, segundo os critérios do GOLD em estágio moderado e grave, e de ICC com classe funcional NYHA II e III, em atendimento ambulatorial. Foi necessária a concordância

em participar do estudo e a assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE)

### **5.3.3. Critérios de exclusão**

Como critérios de exclusão para participação nesta etapa do projeto encontram-se:

1. Pacientes portadores de quadro demencial ou déficit cognitivo que inviabilizem a compreensão das perguntas contidas nos instrumentos avaliativos.
2. Pacientes com problemas ortopédicos ou problemas neurológicos que impediam de realizar teste da caminhada dos 6 min

## **5.4 Coleta de dados**

Os pacientes portadores de DPOC e de ICC que compareceram para a consulta de rotina nos ambulatórios supracitados foram encaminhados até o pesquisador, que explicou o estudo e os convidou para participação. Aqueles que compreenderam a proposta, que estavam dentro do perfil adequado e concordaram em participar do estudo, assinaram o TCLE para serem admitidos.

## **5.5 Instrumentos e medidas**

### **5.5.1 Questionário sobre a saúde do paciente (PHQ-9) (Anexo I)**

O PHQ9 é uma ferramenta de avaliação para detecção de depressão com base em ocorrências de sintomas nas duas semanas anteriores. O PHQ9 abrange nove perguntas, baseadas nos principais critérios para o diagnóstico de depressão maior, de acordo com o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais, 4ª edição (DSM-IV). (KROENKE, K; SPITZER, R.L; WILLIAMS, J.B, 2001; OSÓRIO et al. 2009) A depressão é classificada, de acordo com o escore, como sintomas depressivos moderados (escore total entre 10 e 14), depressão maior moderada (escore entre 15 e 19) e depressão maior grave (escore igual ou maior que 20). Caracteriza-se por ser um instrumento de aplicação relativamente rápida, de nove questões. Pontuações iguais ou

superiores a 9 demonstram ser mais adequadas para identificar indivíduos com episódio depressivo (SANTOS, I. S. et al, 2013).

#### **4.5.2 COPD Assessment Test (CAT) (Anexo III)**

O CAT é um instrumento recentemente introduzido e preenchido pelo paciente que avalia a qualidade de vida e contém oito questões que cobrem o impacto dos sintomas da DPOC na qualidade de vida do paciente. (DODD et al, 2012). É composto de oito itens, denominados tosse, catarro, aperto no peito, falta de ar, limitações nas atividades domiciliares, confiança em sair de casa, sono e energia. Para cada item, o paciente escolhe apenas uma opção de resposta, cuja pontuação varia de zero a cinco. Ao final do teste, soma-se a pontuação de todas as respostas e, assim, avalia-se o impacto clínico da DPOC conforme a pontuação de estratificação do estudo de desenvolvimento e validação do CAT (JONES et al, 2009). Os resultados variam de acordo com a faixa dos escores obtidos, classificados da seguinte forma em relação ao impacto clínico: 6-10 pontos, leve; 11-20, moderado; 21-30, grave; e 31-40, muito grave. Recentemente foi validado e traduzido para o português brasileiro (SILVA et al., 2013). Foi concebido como uma alternativa mais sucinta ao Saint George respiratory Questionnaire.

#### **5.5.3 Medical Outcomes Study 36-item Short-Form Health Survey (SF-36) (Anexo IV)**

O SF-36 é um instrumento genérico de medida de qualidade de vida. É um questionário multidimensional composto por 36 itens, englobando 8 componentes: capacidade funcional, aspectos físicos, dor, estado geral da saúde, vitalidade, aspectos sociais, aspectos emocionais e saúde mental. Estes oito domínios podem ser agregados em dois escores ou componentes sumarizados: o componente físico sumarizado (CFS) e componente mental sumarizado (CMS)(WARE, J.E; KOSINSKI, M; Keller, S.D, 1994). Apresenta um escore final de 0 a 100, no qual zero corresponde a pior estado geral de saúde e 100 a melhor estado de saúde (WARE; SHERBOURNE, 1992; WARE; KOSINSKI; KELLER, 1994).

#### **5.5.4 SAINT GEORGE RESPIRATORY QUESTIONNAIRE (SGRQ)**

O SGRQ aborda os aspectos relacionados a três domínios: sintomas, atividades e impactos psicossociais que a doença respiratória impõe ao paciente portador de DPOC. Cada domínio tem uma pontuação máxima possível, sendo os pontos de cada resposta somados e o total é referido como um percentual desse máximo. Apresenta um escore final de 0 a 100, no qual zero corresponde a uma melhor estado geral de saúde e 100 a um pior estado de saúde. Foi igualmente traduzido e validado para população brasileira (SOUSA, T.C; JARDIM, J.R; JONES, P.W, 2000)

#### **5.5.5 BRIEF RCOPE (Anexo VII)**

Para avaliação da espiritualidade foi aplicado a *BRIEF RCOPE* (PARGAMENT; KOENIG; PEREZ, 2000), uma escala abreviada, contendo 14 itens auto-aplicáveis desenvolvida para ser aberta aos aspectos positivos e negativos da religião (Koenig *et al.*, 1998). A medida envolve 7 tipos de CRE positivos e 7 tipos de CRE negativos, que são avaliados em uma escala Likert de 4 pontos que vai de 1 (nunca) a 4 (quase sempre). Foi validada e adaptada para população brasileira (PANZINI, BANDEIRA 2005)

#### **5.5.6 Duke Religious Index (DUREL) (Anexo VIII)**

A DUREL (KOENIG *et al.*, 1997) é uma breve escala de religiosidade, possui 5 itens que captam três das dimensões de religiosidade que mais se relacionam com desfechos em saúde: organizacional (RO) refere-se à participação e frequência em igrejas, templos ou encontros religiosos; não-organizacional (RNO) diz respeito a atividades religiosas que podem ser realizadas a partir da privacidade do lar; e religiosidade intrínseca (RI) avalia o quanto a religião pode motivar ou influenciar nos comportamentos. (KOENIG; MEADOR; PARKERSON, 1997).

Para este estudo a variável religiosidade foi dicotomizada e adotamos o seguinte ponto de corte: Religiosidade Organizacional foi adotado um valor de (1) para frequentar instituições religiosas pelo menos uma vez por semana e (0) frequentar instituições religiosas menos de 1 vez por semana ou não frequentar instituições religiosas. Religiosidade não organizacional foi adotado um valor de (1) para uso de material de

cunho religioso (leitura, áudio ou vídeo) pelo menos uma vez por semana e (0) uso de material de cunho religioso menos de 1 vez por semana ou não faz uso de material religioso. Religiosidade intrínseca foi adotado um valor de (1) para a resposta “em geral é verdade” quanto a presença de Deus ou minhas crenças religiosas me motivam ou me esforço muito para viver minha religião e (0) para as respostas : não estou certo ou em geral não é verdade ou não é verdade.

Este questionário tem sido amplamente utilizada em estudos internacionais (COTTON *et al.*, 2006; YOHANNES *et al.*, 2008), foi traduzida para o português (MOREIRA-ALMEIDA, *et al.*, 2008) e validada para o Brasil (LUCCHETTI *et al.*, 2010).

### **5.5.7 Espirometria**

A espirometria foi realizada no aparelho da marca Respiradayne II Plus® e seguiu as normas das Diretrizes para Testes de Função Pulmonar (Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia, 2000), sendo utilizado como valores de referência para população brasileira, encontrados no estudo de Pereira *et al.* (1992). Para realização do teste, o indivíduo permaneceu sentado, cabeça em posição neutra, sem flexões no pescoço, usando um clipe nasal para evitar o vazamento de ar pelo nariz. Foi medida a capacidade vital forçada (CVF), o volume expiratório forçado no primeiro segundo da CVF (VEF<sub>1</sub>). Foram realizadas três manobras aceitáveis e duas reprodutíveis. Os resultados obtidos foram expressos em valores absolutos e em percentual do previsto.

### **5.5.8 Teste de Caminhada de 6 minutos – TC6 min**

O TC6 foi realizado nas dependências dos Hospitais de Messejana e Hospital Universitário Walter Cantídio, num corredor plano de 25 metros de comprimento e 1,5 de largura, demarcados a cada metro, que consistiu de uma caminhada na qual o paciente foi orientado a percorrer a maior distância possível por um período de 6 minutos, com incentivo padronizado a cada minuto (ATS, 2002).

Durante este teste parâmetros cardio-pulmonares (FC, SpO<sub>2</sub>, FR, PA, Grau de dispneia e de fadiga de membros inferiores pela escala de BORG) foram aferidos durante o repouso, no sexto minuto e cinco minutos após o término do teste. Ao terceiro minuto foram medidas apenas a FC e a SpO<sub>2</sub>. A distância de caminhada foi registrada em metros.

## 5.6 Análise estatística e cálculo Amostral

Foi calculado um tamanho de amostra ideal com 100 pacientes, com um poder de 80% para detectar um coeficiente de correlação de 0,40 ou mais entre o nível de religiosidade e o questionário de qualidade de vida com um nível  $\alpha$  de 0,05.

Nas variáveis quantitativas os resultados foram expressos como média  $\pm$  desvio padrão. A análise estatística foi realizada através do software SPSS 17.0 (SPSS Inc. Chicago, IL, USA). A comparação dos parâmetros foi realizada através do teste t de Student e do teste exato de Fischer. As análises de correlações foram feitas através do coeficiente de correlação de Pearson. A análise multivariada foi realizada para analisar os possíveis fatores relacionados a religiosidade e coping religioso-espiritual. As variáveis independentes incluídas no modelo multivariado foram aqueles que mostrarem um nível de significância maior que 20% na análise univariada. O valor descritivo abaixo de 5% (valor de  $p < 0.05$ ) foram considerados significativos.

## 5.7 Aspectos Éticos

O paciente somente foi incluído no estudo ao ler, consentir e assinar o termo de consentimento livre e esclarecido, que será realizado após uma explicação detalhada dos objetivos e procedimentos a serem realizados durante o trabalho, incluindo esclarecimentos de todo seu envolvimento na pesquisa e informações contidas no TCLE. A participação do paciente na pesquisa será voluntária, e este poderá deixar de participar do estudo em qualquer momento do decorrer do trabalho, sem prejudicar seu tratamento. O paciente não receberá nenhum pagamento por participar desta pesquisa e não haverá despesas para o participante em qualquer fase do estudo, incluindo exames ou consultas. Será salvaguardado nesta pesquisa o anonimato dos participantes, respeitando os princípios éticos e legais, de acordo com as recomendações da Resolução nº 466/12. O risco envolvido será informado ao paciente. No caso do presente estudo, o risco relacionado ao fornecimento de informações pessoais, a participação em entrevistas com instrumentos de avaliação e a realização de exames não-invasivos é considerado mínimo.

Para a execução do projeto, o mesmo foi submetido aos Comitês de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Ceará e do Hospital de Messejana,

obtendo pareceres de No. 855.310 e 901.995, respectivamente favoráveis à realização da pesquisa.

## 6) RESULTADOS

### 6.1) Caracterização da Amostra

Participaram do estudo 100 pacientes com diagnóstico de DPOC, sendo 54 do sexo masculino(54%), idade média de  $67,3 \pm 6,8$  anos, a maioria dos participantes (68%) eram alfabetizados e no que se refere a práticas religiosas, 77% era predominantemente católico em contraste com 23 (23%) que se diziam não-católicos. A média de IMC encontrada foi de  $25,07 \pm 4,88$ . Desta amostra, 36% apresentou comorbidades. No tocante à função pulmonar o VEF1 percentual médio foi de  $45,49 \pm 12,60$  e a CVF média foi de  $61,31 \pm 15,13$ . A distancia média encontrada no teste de caminhada de seis minutos foi de  $368,5 \pm 76,12$ m. Com relação à qualidade de vida medida pelo SGRQ, a média do domínio Sintomas foi de  $45,4 \pm 21,16$ , das atividades foi de  $64,44 \pm 20,9$ , dos impactos foi de  $43,7 \pm 19,8$  e a medida total encontrada foi de  $51,7 \pm 16,01$ . Já a pontuação média do CAT foi de  $18,6 \pm 8,2$ . A média dos domínios dos questionários de qualidade de vida, bem como da avaliação da saúde geral do paciente por meio do questionário PHQ-9 estão descritas na tabela 1.

**Tabela 1. Caracterização da amostra de 100 pacientes com DPOC que participaram do estudo.**

Variáveis	N(100)
<b>Gênero</b>	
Masc. N(%)	54(54)
Fem. N(%)	46(46)
<b>Idade (anos)</b>	$67,3 \pm 6,8$
<b>Estado civil</b>	
Solteiro(a) N(%)	07(7%)
Casado(a) N(%)	67(67%)
Separado(a) N(%)	09(9%)
Viúvo(a) N(%)	17(17%)
<b>Escolaridade:</b>	
Alfabetizados N(%)	68(68)
Não alfabetizados N(%)	32(32)

<b>Religião:</b>	
Católicos N(%)	77(77)
Não-católicos N(%)	23(23)
<b>IMC</b>	25,07 ± 4,88
<b>Comorbidades:</b>	
SIM N(%)	36(36)
NÃO N(%)	64 (64)
<b>Espirometria</b>	
VEF1 pós BD (% do previsto)	45,49 ± 12,60
CVF pós-BD (% do previsto)	61,31 ± 15,13
<b>TC6(m)</b>	368,5 ± 76,12
<b>Brief R-Cope</b>	
CRE(+)	27,17 ± 1,6
CRE(-)	8,21 ± 2,12
<b>DUREL</b>	
RO N(%)	
Frequenta igreja ou templo pelo menos 1 vez p semana	65(65)
RNO N(%)	
Dedicação a atividades religiosas pelo menos uma vez por semana	99(99)
RI N(%)	
Sente a presença de Deus : em geral é verdade	100(100)
<b>SGRQ</b>	
Domínio Sintomas	45,4 ± 21,16
Domínio Atividades	64,44 ± 20,9
Domínio Impacto	43,7 ± 19,8
Pontuação Total	51,7 ± 16,01
<b>CAT</b>	18,6 ± 8,2
<b>PHQ – 9</b>	9,03 ± 5,83
<b>SF-36</b>	
CFS	39,25 ± 15,28
CMS	51,28 ± 11,83

DP= desvio padrão; VEF<sub>1</sub>= volume expiratório forçado no primeiro segundo; CVF= capacidade vital forçada; BD= broncodilatador; Kg= quilograma; cm= centímetro; m<sup>2</sup>=metros quadrados; TC6= teste da caminhada de seis minutos.; IMC = índice de massa corpórea; CRE(+) Coping religioso espiritual positivo; CRE(-)= Coping religioso espiritual negativo. RO= Religiosidade Organizacional-RNO= religiosidade não organizacional; RI=Religiosidade intrínseca, SGRQ= Saint George Respiratory Questionnaire; CAT=COPD assessment test; PHQ-9= Patient Health Questionnaire-9; SF-36=Medical Studies Short Form-36; CFS=coeficiente físico sumarizado; CMS= Coeficiente mental sumarizado.

Na avaliação objetiva da espiritualidade foi observado a seguinte pontuação no CRE + de 27,17 ± 1,6 e no CRE - 8,21 ± 2,12. Foi observado uma diferença estatisticamente significativa entre as médias do CRE + vs CRE - (p=0,01) demonstrando que os pacientes com DPOC utilizam mais da estratégia positiva para enfrentar a doença.

Quanto a religiosidade, avaliada pela Escala de Religiosidade da Universidade de Duke (DUREL) 65% da amostra (n=65) relatou que frequentava a igreja ou templo pelo

menos uma vez por semana, o que caracteriza o uso da religiosidade organizacional, um dos domínios que a escala utiliza. Com relação a religiosidade não organizacional 99% relatou que se dedicava a atividades religiosas pelo menos uma vez por semana, como preces, rezas, meditações, leitura da bíblia ou de outros textos religiosos. E todos os pacientes relataram que sentem a presença de Deus ou do Espírito Santo em suas vidas diariamente.

## 6.2 Análise dos componentes positivos e negativos do instrumento Brief Rcope

Em relação a média dos fatores positivos e negativos que compõem o instrumento CRE, o que obteve maior média no CRE positivo foi : Procuo uma ligação mais forte com Deus ( $3,95\pm 0,26$ ) demonstrando uma ligação espiritual e no fator negativo : Sinto que sou punido por Deus por causa da minha falta de devoção( $1,43\pm 0,82$ ) demonstrando uma reestruturação de castigo divino.

**Tabela 2 – Médias dos componentes do questionário Brief Rcope**

<b>Item do Brief Rcope</b>	<b>Método Coping</b>	<b>Escores</b>
<b>Subescala de CRE positivo</b>		
1. Procuo uma ligação mais forte com Deus	Ligação espiritual	3,95±0,26
2. Busco o amor e o cuidado de Deus	Busca por suporte espiritual	3,91±0,35
3. Procuo a ajuda de Deus para me livrar da minha raiva ou rancor	Perdão religioso	3,86±0,45
4. Tento colocar meus planos em ação juntamente com Deus	Coping religioso colaborativo	3,85±0,41
5. Tento perceber como Deus estaria tentando me fortalecer com essa situação	Reestruturação benevolente	3,90±0,38
6. Peço perdão pelos meus pecados	Purificação religiosa	3,86±0,45
7. Me concentro na religião para parar de me preocupar com os meus problemas	Foco Religioso	3,85±0,53
<b>Subescala de CRE negativo</b>		
8. Pergunto a mim mesmo se Deus me abandonou	Descontentamento	1,23±0,60
9. Sinto que sou punido por Deus por causa da minha falta de devoção	Reestruturação de castigo divino	1,43±0,82
10. Me pergunto o que fiz para ser punido por Deus	Reestruturação de castigo divino	1,36±0,77
11. Questiono o amor que Deus tem por mim	Descontentamento	1,16±0,56

12. Me pergunto se minha igreja ou meu grupo religioso me abandonou	Descontentamento interpessoal	1,01±0,10
13. Chego à conclusão que foi o diabo que fez isso acontecer	Demonização	1,05±0,21
14. Coloco em dúvida o poder de Deus	Reestruturação de poder divino	1,03±0,30

### 6.3 Comparação da espiritualidade e religiosidade dos pacientes com DPOC estratificada pelo gênero

Não foi observado diferença de gênero quanto a religiosidade em nenhum dos itens religiosidade organizacional(RO), religiosidade não organizacional (RNO) e religiosidade intrínseca (RI). Quanto a espiritualidade foi observado que as mulheres praticaram mais o aspecto positivo do CRE que os homens. (tabela 3)

**Tabela 3. Comparação da espiritualidade e religiosidade dos pacientes com DPOC estratificada pelo gênero**

Variável	Feminino(46)	Masculino(54)	p
CRE (+) (media±DP)	27,5±1,1	26,8±1,8	0,02
CRE (-) (media±DP)	8,4±2,2	8±2	0,3
DUREL RO n(%)	32(69,5)	33(61,1)	0,4
DUREL RNO n(%)	46(100)	53(98,1)	1
DUREL RI n(%)	46(100)	54(100)	1

DP= desvio padrão; CRE(+) Coping religioso espiritual positivo; CRE(-)= Coping religioso espiritual negativo. RO= Religiosidade Organizacional; RNO= religiosidade não organizacional; RI=Religiosidade intrínseca

### 6.4 Comparação da religiosidade e espiritualidade entre os 3 grupos (DPOC, Cardiopatas e saudáveis)

Os grupos foram pareados para sexo e idade portanto não houve diferença estatisticamente significante entre as variáveis. A religião católica predominou entre os indivíduos dos 3 grupos. Quanto a religiosidade e espiritualidade, a análise ANOVA revelou diferença entre os grupos. A pontuação do CRE + aumentou progressivamente na comparação dos grupos : cardiopatas (26,15 ± 1,93), DPOC ( 27,17 ± 1,60) e saudáveis (27,75 ± 0,56). O teste pos-hoc de bonferroni revelou uma diferença entre os

seguintes grupos: DPOC vs cardiopatas ( $p=0,001$ ), DPOC vs saudáveis( $p=0,03$ ) e cardiopatas vs saudáveis ( $p=0,001$ ). Refletindo que, para enfrentamento da doença, o grupo de cardiopatas utilizou menos a estratégia positiva comparado ao grupo de DPOC. A pontuação do CRE – reduziu progressivamente na comparação dos grupos : cardiopatas ( $12,08 \pm 3,91$ ) , DPOC ( $8,21 \pm 2,12$ ) e saudáveis ( $7,10 \pm 0,43$ ). O teste pos-hoc de bonferroni revelou uma diferença entre os seguintes grupos: DPOC vs cardiopatas ( $p=0,001$ ), DPOC vs saudáveis( $p=0,01$ ) e cardiopatas vs saudáveis ( $p=0,001$ ). Refletindo que, para enfrentamento da doença, o grupo de cardiopatas utilizou mais a estratégia negativa quando comparado ao DPOC (**tabela 4**)

A religiosidade foi avaliada pela escala de Duke o item religiosidade organizacional. Foi avaliado: frequenta a igreja ou templo pelo menos uma vez por semana vs frequenta a igreja ou templo menos de 1 vez por semana ou não frequenta. Foi observado que a frequência à igrejas ou templos foi diferente entre os grupos: cardiopatas (35%), DPOC (65%) e saudáveis (100%). Houve uma diferença significativa entre os grupos : DPOC vs cardiopatas ( $p=0,01$ ), DPOC vs saudáveis( $p=0,01$ ) e Cardiopatas vs saudáveis( $p=0,01$ ).

**Tabela 4. Comparação da religiosidade e espiritualidade entre os 3 grupos (DPOC, cardiopatas e saudáveis)**

Variável	DPOC(100)	Cardiopatas(80)	Saudáveis (80)	p
<b>Gênero *</b>				0,7
Masc. N(%)	54(54)	42(52)	39(48)	
Fem. N(%)	46(46)	38(47)	41(51)	
<b>Idade (anos) ‡</b>	$67,3 \pm 6,89$	$66,51 \pm 6,82$	$65,15 \pm 5,97$	0.09
<b>Religião *</b>				
Católicos N(%)	77(77)	55(68)	55(68)	0,1
Não-católicos N(%)	23(23)	25(31)	25(31)	
<b>Brief R-Cope ‡</b>				
CRE(+)(media $\pm$ DP) <sup>a</sup>	$27,17 \pm 1,60$	$26,15 \pm 1,93$	$27,75 \pm 0,56$	<0,05
CRE(-)(media $\pm$ DP) <sup>b</sup>	$8,21 \pm 2,12$	$12,08 \pm 3,91$	$7,10 \pm 0,43$	<0,05
<b>Duke Religious Scale *</b>				
RO N(%)	65(65)	28(35)	80(100)	<0,05

DP= desvio padrão; CRE(+) Coping-religioso esiritual positivo; CRE(-)= Coping-religioso espiritual negativo. RO= Religiosidade Organizacional; RNO= religiosidade não organizacional; RI=Religiosidade instrínseca

\*Teste  $\chi^2$  ‡ ANOVA com correção de bonferroni

a- diferença significativa entre os grupos : DPOC vs cardiopatas, DPOC vs saudáveis e Cardiopatas vs saudáveis.

b - diferença significativa entre os grupos : DPOC vs cardiopatas, DPOC vs saudáveis e Cardiopatas vs saudáveis

### 6.5 Correlação da espiritualidade avaliada pelo CRE (coping religioso/espiritual) com dados demográficos , qualidade de vida, gravidade da doença e sofrimento psíquico dos pacientes com DPOC

Ao correlacionarmos a espiritualidade com as variáveis da amostra estudada, observou-se que estratégias negativas de CRE tiveram correlação com a gravidade da doença , avaliada através do TC 6 min ( $r = -0,3$   $p < 0,05$ ), também foi observado uma correlação direta do CRE - com sofrimento psíquico através do PHQ-9 ( $r = 0,2$   $p < 0,03$ ). (tabela 5)

**Tabela 5. Correlação da espiritualidade avaliada pelo CRE (coping religioso/espiritual) com dados demográficos , qualidade de vida, gravidade da doença e sofrimento psíquico dos pacientes com DPOC**

Variável	CRE(+) (r)	p	CRE(-) (r)	P
<b>Idade (anos)(média ±DP)</b>	-0,020	0,84	-0,122	0,228
<b>IMC(média ±DP)</b>	0,084	0,408	0,081	0,425
<b>Espirometria</b>				
VEF1 pós BD (% do previsto)) (média ±DP)	0,036	0,71	-0,053	0,601
<b>TC6(m)(média ±DP)</b>	0,187	0,063	<b>-0,344</b>	<b>&lt;0,05</b>
<b>SGRQ</b>				
Domínio Sintomas)(média ±DP)	-0,061	0,548	0,118	0,242
Domínio Atividades)(média ±DP)	0,032	0,750	0,107	0,291
Domínio )(média ±DP)Impacto	-0,085	0,401	-0,057	0,575
Pontuação Total	-0,061	0,544	0,042	0,679
<b>CAT(média ±DP)</b>	-0,036	0,722	-0,049	0,63
<b>SF-36</b>				
CFS(média ±DP)	-0,036	0,72	-0,145	0,151
CMS(média ±DP)	0,064	0,526	-0,109	0,283
<b>PHQ-9(média ±DP)</b>	0,039	0,697	0,211	<b>0,03*</b>

DP= desvio padrão; VEF<sub>1</sub>= volume expiratório forçado no primeiro segundo; CVF= capacidade vital forçada; BD= broncodilatador; TC6= teste da caminhada de seis minutos.; IMC = índice de massa corpórea; CRE(+) Coping religioso espiritual positivo; CRE(-)= Coping religioso espiritual negativo; SGRQ= Saint George Respiratory Questionnaire; CAT=COPD assessment test; PHQ-9= Patient Health Questionnaire-9; SF-36= Medical Studies Short Form-36; CFS=coeficiente físico sumarizado; CMS= Coeficiente mental sumarizado.

### 6.6 Comparação da religiosidade organizacional com as variáveis dos pacientes com DPOC.

Avaliamos a religiosidade dos pacientes tomando como parâmetro a frequência à igreja: mais de 1 vez na semana vs menos de 1 vez na semana e comparamos com as variáveis da amostra. Percebeu-se que aqueles que frequentavam instituições religiosas mais de uma vez na semana apresentavam menor uso de estratégias negativas de enfrentamento da doença em relação aos que frequentavam instituições religiosas menos de uma vez na semana. (CRE- =  $7,74 \pm 1,54$  vs  $9,09 \pm 2,72$ , respectivamente ;  $p= 0,002$ ), menor pontuação no domínio Sintomas do questionário de qualidade de vida SGRQ ( $42,18 \pm 20,68$  vs  $51,39 \pm 21,03$ , respectivamente;  $p=0,03$ ) e maior pontuação no coeficiente físico sumarizado no questionário de qualidade de vida SF36, ( $41,60 \pm 17,34$  vs  $34,91 \pm 9,18$ , respectivamente;  $p=0,01$ ), ambos os questionários indicando melhor qualidade de vida. Também na Tabela 6 observamos uma tendência dos pacientes que frequentavam instituições religiosas mais de uma vez na semana utilizarem mais estratégias do CRE +

**Tabela 6. Comparação da religiosidade organizacional com as variáveis dos pacientes com DPOC**

Variável	Frequenta instituição religiosa + 1 vez na semana (65)	Frequenta instituição religiosa – de 1 vez na semana (35)	p
<b>Gênero</b>			
Masc. N(%)	33(50)	21(60)	0,37
Fem. N(%)	32(49,2)	14(40)	
<b>Idade (anos) (média ±DP)</b>	$67,58 \pm 6,21$	$66,77 \pm 8,07$	0,57
<b>IMC(média ±DP)</b>	-0,036		0,722
<b>Comorbidades:</b>			
SIM N(%)	22(33)	14(40)	0,54
NÃO N(%)	43(66)	21(60)	
<b>Espirometria</b>			
VEF1 pós BD (% do previsto) (média ±DP)	$45,9 \pm 13,2$	$44,6 \pm 11,5$	0,61
<b>TC6m(média ±DP)</b>	$377,34 \pm 63,09$	$352, 23 \pm 94,6$	0,11
<b>Brief R-Cope</b>			
CRE+(média ±DP)	$27,40 \pm 1,12$	$26,74 \pm 2,18$	0,05
CRE-(média ±DP)	$7,74 \pm 1,54$	$9,09 \pm 2,72$	<b>0,002</b>
<b>SGRQ )(média ±DP)</b>			
Domínio Sintomas	$42,18 \pm 20,68$	$51,39 \pm 21,03$	<b>0,03</b>

Domínio Atividades	64,58 ± 21,77	64,19 ± 19,72	0,93
Domínio Impacto	44,91 ± 22,03	41,64 ± 14,95	0,43
Pontuação Total	52,90 ± 16,76	49,48 ± 14,51	0,31
<b>CAT(média ±DP)</b>	18,5 ± 8,3	18,89 ± 8,2	0,82
<b>PHQ – 9(média ±DP)</b>	8,92 ± 5,90	9,23 ± 5,77	0,80
<b>SF-36)(média ±DP)</b>			
CFS	41,60 ± 17,34	34,91 ± 9,18	<b>0,01</b>
CMS	52,52 ± 12,42	48,98 ± 10,42	0,15

DP= desvio padrão; VEF<sub>1</sub>= volume expiratório forçado no primeiro segundo; CVF= capacidade vital forçada; BD= broncodilatador; TC6= teste da caminhada de seis minutos.; IMC = índice de massa corpórea; CRE(+) Coping religioso espiritual positivo; CRE(-)= Coping religioso espiritual negativo. RO= Religiosidade Organizacional; SGRQ= Saint George Respiratory Questionnaire; CAT=COPD assessment test; PHQ-9= Patient Health Questionnaire-9; SF-36=Medical Studies Short Form-36; CFS=coeficiente físico sumarizado; CMS= Coeficiente mental sumarizado.

Uma análise de regressão linear múltipla foi realizada para identificar variáveis independentes que apresentassem uma melhor associação com CRE - (variável dependente). O modelo foi construído levando em conta as variáveis confundidoras e a colinearidade. Pelo processo Stepwise backward, foram identificadas as variáveis que explicaram linearmente a variação do CRE - (Tabela 4). A variável identificada com melhor associação com CRE – foi TC 6 min (coeficiente -0,009 , Intervalo de confiança 95% (IC)= -0,01– -0,003).

**Tabela 7. Análise de regressão linear múltipla do CRE - e variáveis dos pacientes com DPOC**

Desfecho/ variáveis	Coeficientes	Erro Padrão	t	p	IC(95%) coeficiente
CRE -					
Constante	11,07	1,23	8,94	0,00	8,61-13,52
TC 6 min	-0,009	0,003	-3,01	0,003	-0,01(- 0,003)

CRE(-) = coping(enfrentamento) religioso espiritual negativo; TC6MIN= teste de caminhada de seis minutos; IC = intervalo de confiança

Análise de regressão logística foi realizada considerando como variável dependente religiosidade (avaliada pelo DUREL RO ) e como variáveis independentes as variáveis significativas na análise univariada: SGRQ domínio sintomas, CRE – e SFS-36 componente físico sumarizado(tabela 5). Na análise multivariada, valores

maiores na escala do CRE- mostrou um chance reduzida de frequentar a igreja : a razão de chance reduziu para 0,75 com intervalo de confiança 95% (0,59-0.94).

**Tabela 8. Análise de regressão logística para avaliar variáveis associadas a religiosidade em pacientes com DPOC**

Desfecho/ preditores	Coefficientes	Erro Padrão	p	RC	IC(95%) coeficiente
Desfecho/ variáveis					
Religião organizacional (RO)	2,73	1,41	0,005		
CRE -	-0,28	0,11	0,01	0,75	0,59-0.94

CRE(-) = coping(enfrentamento) religioso espiritual negativo; RO= Religiosidade Organizacional: para tal foi adotado um valor de cut-off de pelo menos uma vez por semana frequentar instituições religiosas; IC = intervalo de confiança

## 7. DISCUSSÃO

Este estudo avaliou a utilização do coping religioso/espiritual e da religiosidade como estratégia de enfrentamento em pacientes com doença pulmonar obstrutiva crônica(DPOC). Indivíduos com DPOC lidam com fatores estressores, entre estes podemos incluir a dispnéia , dificuldade de locomoção, má qualidade do sono, períodos de exacerbação que são potencialmente graves e podem requerer internação hospitalar.

Pesquisar os processos através dos quais estes pacientes lidam com os estressores torna-se importante a fim de melhorar os resultados na saúde destes pacientes. Embora seja reconhecida a sua relevância para o processo de adaptar-se a doenças crônicas, o coping religioso tem sido pouco estudado em pacientes com DPOC. Este estudo sugere que os pacientes com DPOC utilizam recursos de coping religioso espiritual para adaptar-se a esses estressores da doença crônica. Em um estudo recente, Holanda et al (2014) apontam que o uso de coping religioso espiritual em pacientes com doença crônica é útil, sendo o questionário Brief-RCOPE confiável para medir o CRE em pacientes com doença crônica como doença inflamatória intestinal .

No presente estudo foi observado que 77% da amostra era constituída de católicos. Este fato já era esperado pois o Brasil, de acordo com o The Pew Research

Center (2013), é um país que possui o maior percentual de católicos no mundo. No estudo de Freitas e seus colaboradores (2015) foi observado que a maioria dos pacientes (73,5%) era católica, fato que corrobora com os dados desta investigação; também foi observado, na nossa amostra, que pouco mais da metade frequentava igreja ou templo pelo menos 1 vez por semana, por outro lado quase todos adotavam atividades religiosas pelo menos uma vez por semana, como preces, rezas, meditações, leitura da bíblia ou de outros textos religiosos em casa. Este achado pode ser explicado pelo fato de alguns pacientes serem muito graves e não conseguirem caminhar até à igreja ou templo.

Na amostra estudada houve uma predominância do sexo masculino com idade média acima de 60 anos, o que pode ser igualmente verificado em estudo prévio por CRUZ et al, (2016); segundo estes autores a idade média dos pacientes se situava acima de 50 anos (56,5% da amostra) e apresentavam uma maior participação em atividades religiosas.

Este estudo indica que pacientes com DPOC frequentemente utilizaram aspectos positivos do CRE para lidar com sua doença. Os pacientes relataram que procuravam uma ligação mais forte com Deus, demonstrando uma intensa ligação espiritual. Este estudo está de acordo com estudos prévios (KOENIG et al., 2004; PANZINI & BANDEIRA, 2007) que demonstram um uso consideravelmente maior de estratégias de CRE positivo do que negativo em pacientes com doença crônica.

A utilização de uma estratégia positiva através do CRE + reflete um relacionamento seguro com uma força transcendental e uma visão benevolente do mundo. O Coping religioso negativo (conflito espiritual) foi menos comum na amostra, embora tenha tido associações significativas com os desfechos da doença.

No item religiosidade, ao compararmos o grupo de DPOC com outro grupo portador de doença crônica (cardiopatas), apenas 35% destes frequentavam instituição religiosa, um dos fatores que pode explicar é o maior grau de fadiga destes pacientes, comprometendo sua locomoção. Fini et al.(2009) observaram que os cardiopatas apresentam uma queixa importante de fadiga.

Num estudo realizado em idosos hospitalizados, Koenig, George e Titus (2004) observaram que dada a gravidade da cardiopatia, comorbidades e incapacidade, o acesso do indivíduo a templos, igrejas era dificultado e menos frequente, o que aumentava as práticas religiosas em domicílio. Ainda para esses autores, sintomas de depressão foram menos presentes naqueles que possuíam prática religiosa mais frequente.

Quanto ao coping religioso espiritual, ao compararmos cardiopatas vs DPOC , percebeu-se que os cardiopatas utilizaram menos as estratégias positivas de CRE. Com relação ao componente negativo do CRE, observou-se que os cardiopatas usaram mais estratégias negativas de CRE do que os pacientes com DPOC.

Vários fatores podem explicar o conflito espiritual entre os pacientes com insuficiência cardíaca. Um deles reside na alta prevalência de depressão entre os pacientes cardiopatas(WESTLAKE et al. 2005; HAWORTH, J.E et al. 2005) Estudos prévios revelam que o CRE – está associado a um maior quadro depressivo (RAMIREZ et al., 2012) (PARGAMENT et al., 2001). Outro fator seria a característica da insuficiência cardíaca ser uma doença crônica, incapacitante e que envolve um tratamento que abrange um enorme leque de opções comportamentais e farmacológicas (JESSUP, M; BROZENA, S, 2003). Estas características, quando apreendidas pelo doente, podem ter consequências na auto-estima e nos projetos de vida levando a uma situação de descrença e sofrimento espiritual. Uma terceira e importante explicação para este estudo, quanto aos pacientes com DPOC utilizarem menos o CRE- quando comparados aos cardiopatas, pode ser pelo fato de alguns pneumopatas serem provenientes do serviço de reabilitação pulmonar, fato que leva a uma melhoria na saúde física e mental e portanto menor sofrimento espiritual. De acordo com estudo de Yoshimi e seus colaboradores (2012) a reabilitação pulmonar foi responsável pela melhoria na capacidade de exercício físico, na qualidade de vida relacionada à saúde e na função pulmonar geral, o que configura aspectos positivos de mudança na saúde física e mental desse grupo de pacientes com DPOC.

Ao compararmos os pacientes DPOC com indivíduos saudáveis observamos que os pacientes utilizaram mais o CRE negativo. Este fato reflete o sofrimento espiritual de alguns pacientes que, diante da doença, passam a sentir uma insatisfação com Deus o que levam a redefinir o estressor como uma punição divina.

No presente estudo foi observado que as mulheres praticaram mais o aspecto positivo do CRE que os homens. Este fato pode ser explicado pelo nível de resiliência entre as mulheres. Walsh (2007) comenta que elevados níveis de religiosidade ou espiritualidade são considerados um factor protector na vida de mães consideradas resilientes.

Para Luthar e colaboradores (2000), o conceito de resiliência se refere ao processo dinâmico que engloba a adaptação positiva num contexto de adversidade significativa. Embora a literatura sobre resiliência e religiosidade ou espiritualidade, não

seja abundante, os estudos encontrados apontam para correlações significativas entre espiritualidade e resiliência principalmente em mulheres maltratadas em situações de violência doméstica (Canaval, González & Sánchez, 2007), e em mães solteiras, afro-americanas que vivem em bairros urbanos (Brodsky, 2000).

Veit et al (2014) em uma revisão sistemática recente demonstrou o maior uso do componente positivo do CRE em mulheres com câncer de mama, estes resultados corroboram com a presente pesquisa sobre este assunto.

Os resultados do presente estudo revelam que o conflito espiritual, avaliado pelo CRE -, está relacionado a maior sofrimento psíquico, avaliado pelo PHQ-9. Isto pode ser explicado pelo fato dos paciente que utilizam os aspectos negativos do coping religioso se apresentam menos otimistas, portanto se mostram incapazes de lidar com a imprevisibilidade, aflição e medo que a doença lhes impõe, e desta forma apresentam mais sofrimento.

O teste da caminhada dos 6 minutos é uma ferramenta que avalia a capacidade de exercício do paciente portanto oferece uma oportunidade para avaliar sua condição física. Uma redução na distância caminhada reflete um maior comprometimento da doença. Na nossa amostra foi observado uma relação inversa entre CRE – e o teste da caminhada dos 6 min, ou seja um TC-6min reduzido estava associado a um maior nível de conflito espiritual. Neste caso os pacientes mais comprometidos achavam que estavam sendo punidos por Deus, refletindo o enfrentamento negativo diante da gravidade da doença.

Para Park e colaboradores (2011) o enfrentamento negativo, reflete atitudes negativas para com Deus e um sistema de crenças deformado, isto pode ser prejudicial para o bem-estar, o que corrobora com nosso estudo e ressalta a importância do coping religioso para a compreensão da doença e suas consequências. Cotton et al. (2006) estudando pacientes com HIV observou que o uso do CRE – pelos pacientes estava associado a um menor nível de otimismo

Quanto a religiosidade, observamos que os pacientes que frequentavam a igreja pelo menos uma vez por semana apresentavam um menor nível de conflito espiritual e melhor qualidade de vida. Panzini et al. (2004) num estudo com 616 pessoas observou uma associação entre maior participação em atividades religiosas e melhor qualidade de vida.

### **7.1 Pontos fracos e pontos fortes do estudo:**

Pontos fracos : Por ser um estudo transversal não foi possível estabelecer causa e efeito.

Nossos pacientes originaram de 2 centros da atenção terciária, portanto não é possível generalizar os resultados para pacientes da atenção primária, por exemplo.

Nossa amostra foi obtida no Brasil, um país em que espiritualidade e religião são valores notadamente importantes. Estudos adicionais se fazem necessários para avaliar se essas descobertas são replicáveis em diferentes contextos culturais e religiosos.

Pontos fortes : é um estudo que utilizou uma amostra bem definida e um grupo comparativo de outra doença crônica e indivíduos saudáveis. Utilizou um questionário de religiosidade/espiritualidade validado e bem estruturado.

Implicações clínicas :

Este estudo mostra a importância, junto ao profissional de saúde, da avaliação da religiosidade e espiritualidade dos pacientes com DPOC atendidos em unidades terciárias, principalmente para identificar aqueles que utilizavam aspectos negativos do coping religioso espiritual pois apresentam associação com sofrimento psíquico e gravidade da doença.

Esta avaliação inicial é importante para estudos futuros : 1) estudo observacional a longo prazo para observar a influência da religiosidade/espiritualidade na adesão terapêutica e complicações como exacerbações. 2) estudos de intervenção religioso/espiritual com os pacientes, através de uma equipe de profissionais treinados, e observar a influencia em alguns desfechos da doença como exacerbações, sofrimento psíquico ou mortalidade.

## **8. CONCLUSÕES**

Não foi observada diferença de gênero quanto à religiosidade, porém as mulheres utilizaram mais os aspectos positivos do CRE quando comparadas aos homens

Os pacientes com DPOC além de terem frequentado mais a igreja ou templo quando comparados aos pacientes com ICC, utilizaram mais os aspectos positivos e menos os aspectos negativos do CRE quando comparadas aos cardiopatas e utilizaram menos os aspectos positivos e mais os aspectos negativos do CRE quando comparadas aos saudáveis.

Pacientes com DPOC frequentemente utilizam aspectos positivos do CRE para lidar com sua doença.

O CRE negativo correlacionou-se com o sofrimento psíquico aferido por meio do questionário PHQ-9.

Os pacientes que frequentavam instituição religiosa pelo menos 1 vez por semana apresentavam uma melhor qualidade de vida e utilizaram menos os aspectos negativos do CRE

O componente negativo do CRE apresentou correlação com a gravidade da doença, medida por meio do TC6.

## **9. REFERÊNCIAS**

ALAMERI, H; AL-MAJED, S; AL-HOWAIKAN, A. Six-min walk test in a healthy adult Arab population. *Respir Med.* v.10, n.10, p. 41-46, 2009

AMERICAN THORACIC SOCIETY STATEMENT: Guidelines For The Six-Minute Walk Test. **Am J Respir Crit Care Med**, v. 166; p. 111–117, 2002

AMERICAN THORACIC SOCIETY. Standardization of Spirometry, 1994 Update. American Thoracic Society. **Am J Respir Crit Care Med** n.152, v.3, p.1107-1136, 1995.

ANO, G.G.; VASCONCELLES, E.B. Religious coping and psychological adjustment to stress: a meta-analysis. **J Clin Psychol**, v. 61, n.4, p. 461-480, 2005.

BEERY, T.A; BAAS, L.S; FOWLER, C; ALLEN. Spirituality in Persons with Heart Failure. **J Holist Nurs** n.1 v. 20 p.5-25, março, 2002

BESTALL, J.C, PAUL, E.A; GARROD, R; GARNHAM, R. et al. Usefulness Of The Medical Research Council (Mrc) Dyspnoea Scale As A Measure Of Disability In Patients With Chronic Obstructive Pulmonary Disease. **Thorax** v.54, n.7, p.581-586, 1999

BLINDERMAN, C.D; HOMEL, P; BILLINGS, J.A; PORTENOY, R.K, TENNSTEDT, S.L. Symptom distress and quality of life in patients with advanced congestive heart failure. **J Pain Symptom Manage**. n. 6, v.35, p. 594-603, Junho, 2008

BOUDREAUX, E. et al. The Ways of Religious Coping Scale: Reliability, validity, and scale development. **Assessment**, v.2, n.3, p.233-244,1995.

BRODSKY, A.E. The role of religion in the lives of resilient, urban, African American, single mothers. **Journal of Community Psychology**. v. 2, n. 28, 199–219

CALMAN, K.C. Quality of life in cancer patients – an hypothesis. **Med Ethics J**, v. 53, p. 2316-2323, 1984.

CAMELIER, A et al. Avaliação da qualidade de vida pelo Questionário do Hospital Saint George na Doença Respiratória em portadores de doença pulmonar obstrutiva crônica: validação de uma nova versão para o Brasil. **J Bras Pneumol.**;v.32, n.2, p.114-122, 2006.

CAMPOS, H.S. Doença pulmonar obstrutiva crônica como causa de hospitalização no Brasil, 1992-2006. In press 2009na

CANAVAL, G.E; GONZÁLEZ, M.C; SÁNCHEZ, M.O. Espiritualidad y resiliencia en mujeres maltratadas que denuncian su situación de violencia de pareja. **Colombia Médica**. v. 38, p. 72 -78, 2007.

PESSOA, C.L.C, Pessoa R. S. Epidemiologia da DPOC no presente: aspectos nacionais e internacionais

CICONELLI R, M. *et al.* Tradução para a língua portuguesa e validação do questionário genérico de avaliação de qualidade de vida SF-36 (Brasil SF-36). **Rev Bras Reumatol**, v. 39, n.3, p. 143-150, 1999.

CID-10 – Classificação dos Transtornos Mentais e de Comportamento da CID-10: Descrições Clínicas e Diretrizes Diagnósticas – Organização Mundial da Saúde. Trad. Dorgival Caetano, Porto Alegre: Artes Médicas, 1993.

COTTON, S et al. Spirituality and religion in patients with HIV/AIDS. **Journal of General Internal Medicine**, v.21, p. 5–13, 2006.

COUILLARD, A; VEALE, D; MUIR, J.F. Comorbidities in COPD: A new challenge in clinical practice. *Rev Pneumol Clin.*, v.67, n.3, p.143-153, 2011

CRUZ, J.P et al. Influence of religiosity and spiritual coping on health-related quality of life in Saudi haemodialysis patients. **Haemodialysis International**, 2016

CUCCHIARO, G; DALGALARRONDO, P. Mental health and quality of life in pre- and early adolescents: a school-based study in two contrasting urban areas. **Rev Bras Psiquiatr**, v. 29, n.3, p. 213-221, 2007.

DAHLEN, I.; JANSON, C. Anxiety and depression are related to the outcome of emergency treatment in patients with obstructive pulmonary disease. **Chest**, v.122, n.5, p.1633-1637, 2002.

DE SOUSA, T.C; JARDIM, J.R; JONES, P. Validação do Questionário do Hospital Saint George na Doença Respiratória (SGRQ) em pacientes portadores de doença pulmonar obstrutiva crônica no **Brasil**. **J Pneumol**, v. 26, n.3, mai – jun, 2000.

DODD, J.W et al. The COPD Assessment Test (CAT): Response to Pulmonary Rehabilitation. A multicentre, prospective study. **Thorax** vol. 66, p. 425-429, 2011

ENFIELD, K et al. Six-minute walk distance in patients with severe end-stage **J Cardiopulm Rehabil Prev**. v.30, n.3, p. 195-202, 2010

HATHAWAY, W. L.; PARGAMENT, K. I. *Intrinsic religiousness, religious coping and psychosocial competence: A covariance structure analysis*. **Journal for the Scientific Study of Religion**, v. 29, n.4, p. 423-441, 1990.

FINI, A; DA CRUZ, D.A.L.M Characteristics of fatigue in heart failure patients: a literature review. **Rev. Latino-Am. Enfermagem** n. 4, v. 17, p. 557-565, Ribeirão Preto, Jul/Ago, 2009

FITCHETT, G. Religious struggle: prevalence, correlates and mental health risks in diabetic, congestive heart failure, and oncology patients. **Int J Psychiatry**, v. 34, p. 179-196, 2004.

FLECK, M.P.A. O instrumento de avaliação de qualidade de vida da Organização Mundial da Saúde (WHOQOL-100): características e perspectivas. **Ciênc Saúde Coletiva**, v. 5, n.1, p. 33-38, 2000.

FOLKMAN, S.; LAZARUS, R. S. *An analysis of coping in a middle-aged community sample*. **Journal of Health and Social Behavior**, v.21, p. 219-239, 1980.

FREITAS, C.G; PEREIRA, C.A.C; VIEGAS, C.A.A. Capacidade inspiratória, limitação ao exercício, e preditores de gravidade e prognóstico, em doença pulmonar obstrutiva crônica. **J. bras. pneumol.**, São Paulo , v. 33, n. 4, p. 389-396, Aug. 2007

FREITAS, T.H. Influência do Coping Religioso-Espiritual na Qualidade de Vida e Adesão Terapêutica de Pacientes com Doença Inflamatória Intestinal. Fortaleza: UFC, 2014. 65 f. Dissertação (Mestrado em Ciências Médicas) - Programa de Pós-Graduação em Ciências Médicas da Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2014. disponível em: [http://www.repositorio.ufc.br/bitstream/riufc/9397/1/2014\\_dis\\_thfreitas.pdf](http://www.repositorio.ufc.br/bitstream/riufc/9397/1/2014_dis_thfreitas.pdf)

FREITAS, T.H et al. Religious coping and its influence on psychological distress, medication adherence, and quality of life in inflammatory bowel disease. **Revista Brasileira de Psiquiatria**. v. 37, n. 3, p. 219-227, 2015

GEORGE, L.K *et al.* Spirituality and health: what we know, what we need to know. **J Soc Clin psychol**, v. 16, n. 1, p. 102-116, 2000.

GODOY, R. F. *et al.* Repercussões tardias de um programa de reabilitação pulmonar sobre os índices de ansiedade, depressão, qualidade de vida e desempenho físico em portadores de DPOC. **J Bras Pneumol.**, São Paulo, v. 35, n. 2, fev, 2009.

GODOY, D.V. et al. O efeito da assistência psicológica em um programa de reabilitação pulmonar para pacientes com doença pulmonar obstrutiva crônica. **J Bras Pneumol**, v. 31, n. 6, p.449-505, 2005.

GOLD - Global Initiative for Chronic obstructive Lung Disease. Global Strategy for the Diagnosis, Management, and Prevention of Chronic Obstructive. Pulmonary Disease. National Heart, Lung and Blood Institutes. Updated 2013. Disponível em:

<<http://www.goldcopd.com>> Acesso em: mar de 2013.

HAWORTH, J.E et al. Prevalence and predictors of anxiety and depression in a sample of chronic heart failure patients with left ventricular systolic dysfunction. **Eur J Heart Fail.** n. 7, p. 803 -808, 2005

JESSUP, M; BROZENA, S. Heart Failure. *N Engl J Med.* v. 18, p. 348, 2007

JONES, P.W; QUIRK, F.H; BAVEYSTOCK, C.M. The St George's Respiratory Questionnaire. **Respir Med** (SUPPL) p. 25-31, 1991;

KNORST, M; MENEZES, A.M.B. Epidemiologia da doença pulmonar obstrutiva crônica. In: Corrêa da Silva LC, Menezes AMB. Epidemiologia das Doenças Respiratórias. Rio de Janeiro: Revinter, 2001, p. 57-75.

KOENIG, H. G, BUSSING, A. the Duke University Religion Index (DUREL): a five-item measure for use in epidemiological studies. **Religions**, v. 1, p. 78-85, 2010

KOENIG, H. G. Religião, espiritualidade e psiquiatria: uma nova era na atenção à saúde mental. **Rev. Psiq. Clín.**, v. 34, supl 1, p. 5-7, 2007.

KOENIG, H.G; GEORGE, L.K; TITUS,P. Religion, spirituality, and health in medically ill hospitalized older patients. **J Am Geriatr Soc.** n.4, v.52, p.554-562, 2004

KOENIG, H.G; LARSON, D.B; LARSON, S.S. Religion and coping with serious medical illness. **Ann Pharmacother**, v. 35, p. 352–359, 2001.

KOENIG, H.G; GEORGE, L.K; PETERSON, B.L. Religiosity and remission of depression in medically ill older patients. **Am J Psychiatry**, v. 155, n. 4, p. 536-542, 1998.

KOENIG, H.G, MEADOR, K. ; PARKERSON, G. Religion Index for Psychiatric Research: a 5-item Measure for Use in Health Outcome Studies. **Am J Psychiatry**, v. 154, p. 885-886, 1997.

LEVIN, J.S, VANDERPOOL, H.Y. Is frequent religious attendance really conducive to better health? Toward an epidemiology of religion. **Soc Sci Med**, v.24, n.7, p.589-600, 1987.

KOVELIS, D. *ET AL* . VALIDAÇÃO DO MODIFIED PULMONARY FUNCTIONAL STATUS AND DYSPNEA QUESTIONNAIRE E DA ESCALA DO MEDICAL RESEARCH COUNCIL PARA O USO EM PACIENTES COM DOENÇA PULMONAR OBSTRUTIVA CRÔNICA NO BRASIL. **J. BRAS. PNEUMOL.**, SÃO PAULO, V. 34, N. 12, 2008.

KROENKE, K; SPITZER, R.L; WILLIAMS, J.B. The PHQ-9: Validity of a Brief Depression Severity Measure. **J Gen Intern Med.** v. 16, n. 9, p. 606-613, 2001

LUCCHETTI, G. et al. Validation of Duke Religion Index: DUREL. **J Relig Health**, 2010 Disponível em: <http://www.springerlink.com/content/12365h235n76t286/> Acessado em: 9 jan 2013.

LUTHAR, S; CICCETTI, D; BECKER B. (2000). The construct of resilience: A critical evaluation and guidelines for future work. **Child Development.** v. 71, p. 543-562.

MACHADO, S. M.; SAWADA, N. O. Avaliação da qualidade de vida de pacientes oncológicos em tratamento quimioterápico adjuvante. **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis, v. 17, n. 4, dez. 2008.c

MANNINO, D.M; DAVIS, K.J. Lung function decline and outcomes in an elderly population. **Thorax**, v.61, p. 472–477, 2006.

MOREIRA-ALMEIDA, A. *et al.* Versão em português da escala de religiosidade da DUKE-DUREL. **Ver. Psiq. Clin.**, v. 35, n. 1, p. 31-32, 2008.

MOREIRA, R.O. et al. Diabetes mellitus e depressão: uma revisão sistemática. **Arquivos Brasileiros de Endocrinologia & Metabologia**, v.47, p.19-29, 2003.

MURRAY, C.J.L; LOPEZ A.D, et al. The Global Burden of Disease: A comprehensive assessment of mortality and disability from diseases, injuries and risk factors in 1990 and projected to 2020. Cambridge: Harvard University Press; 1996.

NICI, L et al. American Thoracic Society/European Respiratory Society Statement On Pulmonary Rehabilitation. **Am J Respir Crit Care Med.**;v.173 n.12, p.1390-413, 2006.

OSORIO, F.L et al. Study of The Discriminative Validity of The PHQ-9 And PHQ-2 in a Sample of Brazilian Women in the Context of Primary Health Care. **Perspect Psychiatr Care.** v. 45, n. 3, p. 216-227, 2009

PANZINI, R.G; BANDEIRA, D.R. *Coping* (enfrentamento) religioso\_espíritual. **Ver. Psiq. Clin.**, v. 34, supl 1, p. 126-135, 2007.

PANZINI, R.G; BANDEIRA, D.R. Escala de *coping* religioso/espiritual (Escala CRE): Elaboração e validação de construto. **Psicologia em Estudo**, v. 10, n. 3, p. 507-516, set./dez. 2005.

PANZINI, R.G. Escala de Coping Religioso-Espiritual (Escala CRE): Tradução, adaptação e validação da Escala RCOPE, abordando relações com saúde e qualidade de vida. Dissertação de Mestrado. Instituto de Psicologia em Psicologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, RS, 2004.

PARGAMENT, K.I.; KOENIG, H.G.; PEREZ, L. M. The many methods of religious coping: Development and initial validation of the RCOPE. **Journal of Clinical Psychology**, v. 56, n.4, p. 519-543, 2000.

PARGAMENT, K.I. et al. Patterns of positive and negative religious coping with major life stressors. **Journal for the Scientific Study of Religion**, v. 37, n.4, p.710-724, 1998.

PARK, C.L; WORTMANN, J.H; EDMONDSON, D. Religious struggle as a predictor of subsequent mental and physical well-being in advanced heart failure patients. **J Behav Med** v.34, p.426-436, 2011

PEREIRA, C.A.; BARRETO, S.P.; SIMOES, J.G et al. Valores de referência para a espirometria em uma amostra da população brasileira adulta. **J Pneumol**. v.18, n.1, p.10-22, 1992.

PHELPS, A.L. et al. Religious coping and use of intensive life-prolonging care near death in patients with advanced care. **JAMA**, v. 301, p. 1140-1147, 2009.

RASEKABA, T et al. The six-minute walk test: a useful metric for the cardiopulmonary patient. **Intern Med J**. v. 39, p. 495-501, 2009

SILVA, G.P.F, MORANO, M.T.A.P, VIANA, C.M.S, MAGALHAES, C.B.A, PEREIRA, E.D.B. Validação do Teste de Avaliação da DPOC em português para uso no Brasil. **J Bras Pneumol**. 2013;39(4)

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PNEUMOLOGIA E TISIOLOGIA. II Consenso Brasileiro sobre Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica – DPOC – 2004. **J Bras Pneumol**, v.30, supl.5, p.S1-S41, 2004.

SOUSA, T.C; JARDIM, J.R; JONES, P.W. Validação do Questionário do Hospital Saint George na Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica no Brasil. **J Pneumol**, São Paulo, v. 26, n. 3, p. 119-128, Junho 2000.

TAUNAY, T. C. D, validação da versão brasileira da escala de religiosidade de Duke (DUREL). **Rev. Psiq. Clin**, v. 39, n. 4, p. 130-135, 2012.

TREVINO, K.M. et al. Religious coping and psysiological, psychological, social, and spiritual outcomes in patients with HIV/AIDS: cross-section and longitudinal findings. **AIDS Behav**, v. 14, p. 379-389, 2010.

VEIT, C.M; CASTRO, E.K. Coping Religioso/Espiritual e CâNcer de Mama: Uma Revisão Sistemática da Literatura. **Psicologia, Saúde & Doenças**. n. 1 v. 14, p.01-22, 2013

WALSH, F. Traumatic loss and major disaster: Strengthening family and community resilience. **Family Process**, v. 46, p. 207-227, 2007.

WARE, J.E., SHERBOURNE, C.D. The MOS 36-item short-form health survey (SF-36). I. Conceptual framework and item selection. **Med Care**, v. 30, n.6, p. 473-483, 1992.

WARE, J.E; KOSINSKI, M; Keller, S.D. **SF-36 Physical and Mental Health Summary Scales: A User's Manual** Boston, MA: The Health Institute; 1994.

WARAICH, P; GOLDNER, E.M; SOMERS, J.M; HSU, L. Prevalence and incidence studies of mood disorders: a systematic review of literature. **Can J Psychiatry** v. 49 p. 124-138, 2004.

WESTLAKE, C et al. Depression in patients with heart failure. **J Cardiac Fail.** v. 11, n. 1, p. 30-35, 2005.

YOHANNES et al. Health behaviour, depression and religiosity in older patients admitted to intermediate care. **International Journal of Geriatric Psychiatry**, v.23, n.7, p.735–740, 2008.

YOSHIMI, K et al. Pulmonary rehabilitation program including respiratory conditioning for chronic obstructive pulmonary disease (COPD): Improved hyperinflation and expiratory flow during tidal breathing. **J Thorac Dis** v.4, n. 3, p. 259-264, 2012

ZIGMOND, A.S.; SNAITH, R.P. The hospital anxiety and depression scale. **Acta Psychiatr Scand**, v.67, n.6, p.361-370, 1983

## **APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)**

Este Termo de Consentimento Livre e Esclarecido poderá ser lido para aqueles que não souberem ler pelo entrevistador responsável. Por favor, leia ou escute cuidadosamente este consentimento e se houver qualquer dúvida sinta-se à vontade em fazer qualquer pergunta.

Neste momento o (a) senhor (a) está sendo convidado (a) como **voluntário** de uma pesquisa intitulada “AVALIAÇÃO DA ESPIRITUALIDADE E RELIGIOSIDADE ATRAVÉS DE DUAS ESCALAS – BRIEF RCOPE E DUREL EM PACIENTES COM DPOC ESTÁVEL: ESTUDO MULTICÊNTRICO”. Você não deve participar contra sua vontade. Leia atentamente as informações abaixo e faça qualquer pergunta que desejar, para que todos os procedimentos desta pesquisa sejam esclarecidos.

Este estudo objetiva conhecer qual a influência da religiosidade sobre os sintomas de depressão e ansiedade e da qualidade de vida de pacientes com DPOC. Essas informações serão de grande ajuda, pois possibilitarão que os profissionais envolvidos no cuidado dos pacientes com DPOC tenham exata consciência das maiores dificuldades enfrentadas por este grupo, e com isso consigam atingir a meta de melhorar cada vez mais sua reabilitação. Através destes questionários poderemos pesquisar como tais aspectos se comportam na população brasileira, por isso **sua participação é importante**.

Precisamos que você autorize e/ou participe:

- 1) De uma revisão ao seu prontuário para obter dados e resultados de exames laboratoriais;
- 2) De um exame de espirometria;
- 3) Questionários breves e simples que serão aplicados:
  - a) Escala de *Coping* Religioso-Espiritual abreviada (*Brief Rcope*). Avalia como a religião e a fé interferem no seu dia-a-dia.
  - b) Escala *Duke Religious Index* (DUREL). Avalia a sua religiosidade.
  - c) Questionário SF-36: avalia sua qualidade de vida.

d) Questionário Geral. Inclui coleta de dados demográficos, socioeconômicos e de saúde do voluntário entrevistado.

Sua participação é voluntária e **você pode desistir de participar a qualquer momento**. O senhor (a) não receberá nenhum pagamento por participar desta pesquisa. Não há despesas para o participante em qualquer fase do estudo, incluindo exames ou consultas. O senhor (a) poderá retirar seu consentimento, sem que isso lhe traga qualquer penalidade ou prejuízo.

**Os dados serão tratados em sigilo** e analisados coletivamente, garantindo a confidencialidade de suas informações. O senhor (a) será representado por um número em cada questionário realizado tornando seguro seu anonimato. Garanto que o desenvolvimento desta pesquisa não envolve riscos ou desconforto para sua saúde.

O resultado da pesquisa será divulgado somente entre os profissionais estudiosos do assunto, porém, sua identidade será mantida no anonimato, ou seja, **ninguém conhecerá seu nome ou qualquer informação que possa identificá-lo (a)**. O pesquisador se compromete a utilizar os dados e o material coletado somente para esta pesquisa.

**ATENÇÃO: Para informar qualquer questionamento durante a sua participação no estudo, dirija-se ao:**

**Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Ceará**  
**Rua Coronel Nunes de Melo, 1127 Rodolfo Teófilo**  
**Telefone: 3366.8338**

Endereço d(os,as) responsável(is) pela pesquisa:

Nome: Francisco Alessandro Braga do Nascimento

Instituição: Programa de Pós-Graduação em Ciências Médicas da Universidade Federal do Ceará

Endereço: Rua Costa Mendes, 1608, 4º andar. Rodolfo Teófilo. CEP 60430-140.

Telefone para contato: (085) 99730798

O abaixo-assinado, \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ anos, RG nº \_\_\_\_\_ declara que é de livre e espontânea vontade que está participando como voluntário de pesquisa. Eu declaro que li /ouvi cuidadosamente este Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e que, após sua leitura tive oportunidade de fazer perguntas sobre o conteúdo do mesmo, como também sobre a pesquisa e recebi

explicações que responderam por completo minhas dúvidas. E declaro ainda estar recebendo uma cópia assinada deste Termo.

Fortaleza, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

<i>Nome do voluntário</i>	Data	Assinatura
<input type="text"/>		
<i>Nome do pesquisador</i>	Data	Assinatura
<input type="text"/>		
<i>Nome do profissional que aplicou o TCLE</i>	Data	Assinatura
<input type="text"/>		

Desde já agradecemos a sua participação.

( Destaque na linha pontilhada e fique com a parte superior desta folha)

.....  
.....

**APÊNCIDE B: CONSENTIMENTO DA PARTICIPAÇÃO DA PESSOA COMO  
SUJEITO**

Eu, \_\_\_\_\_,  
RG: \_\_\_\_\_, n.º de prontuário: \_\_\_\_\_, abaixo  
assinado, concordo em participar do estudo “AVALIAÇÃO DA ESPIRITUALIDADE  
E RELIGIOSIDADE ATRAVÉS DE DUAS ESCALAS – BRIEF RCOPE E DUREL  
EM PACIENTES COM DPOC ESTÁVEL: ESTUDO MULTICÊNTRICO”, como  
sujeito. Fui devidamente informado e esclarecido pelo pesquisador Francisco  
Alessandro Braga do Nascimento sobre a pesquisa, os procedimentos nela envolvidos,  
assim como os possíveis riscos e benefícios decorrentes de minha participação. Foi-me  
garantido que posso retirar meu consentimento a qualquer momento, sem que isto leve à  
qualquer penalidade ou interrupção de meu acompanhamento/ assistência/tratamento.

Nome<sup>1</sup>: \_\_\_\_\_

Nº
----

Assinatura: \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_

**1**

---

<sup>1</sup> (Esta identificação será destacada pelo entrevistador responsável **antes** da leitura das perguntas. Para garantir seu anonimato, você será representado apenas por um número na página de cada escala).

**2 APENDICE C: FICHA DE COLETA DE DADOS****Nome:** \_\_\_\_\_ **Nº do prontuário:** \_\_\_\_\_**Telefone:** \_\_\_\_\_**Idade:** \_\_\_\_\_ **Sexo:** Masculino ( ) Feminino ( )**Estado civil:** Casado ( ) Viúvo ( ) Solteiro ( ) Separado ( )**Mora sozinho:** Sim ( ) Não ( )**Grau de escolaridade:** Analfabeto ( ) Alfabetizado ( ) Ensino Fundamental ( )

Ensino Médio ( ) Ensino Superior ( )

**Religião:** \_\_\_\_\_**Renda familiar:** \_\_\_\_\_**Hábito tabágico:** Fumante ( ) Ex-fumante ( )**Duração da doença:** \_\_\_\_\_**Espirometria:****VEF1 %:** \_\_\_\_\_**CVF %:** \_\_\_\_\_**VEF1/CVF%:** \_\_\_\_\_**Distância de Caminhada de 6 minutos:****Grau da DPOC segundo critérios da GOLD:**

Leve ( )

Moderado ( )

Grave ( )

Muito grave ( )

**CLASSE FUNCIONAL DE NYHA -****SGRQ** Sintomas: \_\_\_\_\_ Impacto: \_\_\_\_\_ Atividade: \_\_\_\_\_**DUREL:** RO: \_\_\_\_\_ RNO: \_\_\_\_\_ RI: \_\_\_\_\_**SF-36:** \_\_\_\_\_**RCOPE:** CRE+ ( ) CRE- ( )**CAT -**

## ANEXO I - QUESTIONÁRIO SOBRE A SAÚDE DO/A PACIENTE (PHQ-9)

Durante as 2 últimas semanas, com que frequência você foi incomodado/a por qualquer um dos problemas abaixo?

	<b>Nenhum a Ve</b>	<b>Vários Dias</b>	<b>Mais da metade dos dias</b>	<b>Quase todos os dias</b>	
1. Pouco interesse ou pouco prazer em fazer as coisas	0	1	2	3	PHQ1__ -
2. Se sentir “para baixo”, deprimido/a ou sem perspectiva	0	1	2	3	PHQ2__ -
3. Dificuldade para pegar no sono ou permanecer dormindo, ou dormir mais do que de costume	0	1	2	3	PHQ3__ -
4. Se sentir cansado/a ou com pouca energia	0	1	2	3	PHQ4__ -
5. Falta de apetite ou comendo demais	0	1	2	3	PHQ5__ -
6. Se sentir mal consigo mesmo/a – ou achar que você é um fracasso ou que decepcionou sua família ou você mesmo/a	0	1	2	3	PHQ6__ -
7. Dificuldade para se concentrar nas coisas, como ler o jornal ou ver televisão	0	1	2	3	PHQ7__ -
8. Lentidão para se movimentar ou falar, a ponto das outras pessoas perceberem? Ou o oposto – estar tão agitado/a ou irrequieto/a que você fica andando de um lado para o outro muito mais do que de costume	0	1	2	3	PHQ8__ -
9. Pensar em se ferir de alguma maneira ou que seria melhor estar morto/a	0	1	2	3	PHQ9__ -

## ANEXO II – COPD ASSESSMENT TEST – CAT

O seu nome	Data de hoje	 COPD Assessment Test
------------	--------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------

### Como está a sua DPOC (Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica)? Faça o Teste de Avaliação da DPOC (COPD Assessment Test™ – CAT)

Este questionário irá ajudá-lo a si e ao seu profissional de saúde a medir o impacto que a DPOC (Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica) está a ter no seu bem estar e no seu quotidiano. As suas respostas e a pontuação do teste podem ser utilizadas por si e pelo seu profissional de saúde para ajudar a melhorar a gestão da sua DPOC e a obter o máximo benefício do tratamento.

Para cada um dos pontos a seguir, assinale com um (X) o quadrado que melhor o descreve presentemente. Certifique-se que selecciona apenas uma resposta para cada pergunta.

Por exemplo: Estou muito feliz  0  1  2  3  4  5 Estou muito triste

			PONTUAÇÃO
Nunca tenho tosse	<input type="radio"/> 0 <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5	Estou sempre a tossir	<input type="text"/>
Não tenho nenhuma expectoração (catarro) no peito	<input type="radio"/> 0 <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5	O meu peito está cheio de expectoração (catarro)	<input type="text"/>
Não sinto nenhum aperto no peito	<input type="radio"/> 0 <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5	Sinto um grande aperto no peito	<input type="text"/>
Não sinto falta de ar ao subir uma ladeira ou um lance de escadas	<input type="radio"/> 0 <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5	Quando subo uma ladeira ou um lance de escadas sinto bastante falta de ar	<input type="text"/>
Não sinto nenhuma limitação nas minhas actividades em casa	<input type="radio"/> 0 <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5	Sinto-me muito limitado nas minhas actividades em casa	<input type="text"/>
Sinto-me confiante para sair de casa, apesar da minha doença pulmonar	<input type="radio"/> 0 <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5	Não me sinto nada confiante para sair de casa, por causa da minha doença pulmonar	<input type="text"/>
Durmo profundamente	<input type="radio"/> 0 <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5	Não durmo profundamente devido à minha doença pulmonar	<input type="text"/>
Tenho muita energia	<input type="radio"/> 0 <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5	Não tenho nenhuma energia	<input type="text"/>
			<b>PONTUAÇÃO TOTAL</b> <input type="text"/>

O Teste de Avaliação da DPOC (COPD Assessment Test) e o logótipo CAT é uma marca comercial do grupo de empresa GlaxoSmithKline.  
© 2009 GlaxoSmithKline. Todos os direitos reservados.

**ANEXO III - MEDICAL OUTCOMES STUDY 36-ITEM HEALTH SURVEY  
SHORT FORM QUESTIONNAIRE - SF-36**

**Versão Brasileira do Questionário de Qualidade de Vida -SF-36**

1- Em geral você diria que sua saúde é:

Excelente	Muito Boa	Boa	Ruim	Muito Ruim
1	2	3	4	5

2- Comparada há um ano atrás, como você se classificaria sua idade em geral, agora?

Muito Melhor	Um Pouco Melhor	Quase a Mesma	Um Pouco Pior	Muito Pior
1	2	3	4	5

**3- Os seguintes itens são sobre atividades que você poderia fazer atualmente durante um dia comum. Devido à sua saúde, você teria dificuldade para fazer estas atividades? Neste caso, quando?**

Atividades	Sim, dificulta muito	Sim, dificulta um pouco	Não, não dificulta de modo algum
a) Atividades Rigorosas, que exigem muito esforço, tais como correr, levantar objetos pesados, participar em esportes árduos.	1	2	3
b) Atividades moderadas, tais como mover uma mesa, passar aspirador de pó, jogar bola, varrer a casa.	1	2	3
c) Levantar ou carregar mantimentos	1	2	3
d) Subir vários lances de escada	1	2	3
e) Subir um lance de escada	1	2	3
f) Curvar-se, ajoelhar-se ou dobrar-se	1	2	3
g) Andar mais de 1 quilômetro	1	2	3
h) Andar vários quarteirões	1	2	3
i) Andar um quarteirão	1	2	3
j) Tomar banho ou vestir-se	1	2	3

**4- Durante as últimas 4 semanas, você teve algum dos seguintes problemas com seu trabalho ou com alguma atividade regular, como consequência de sua saúde física?**

	<b>Sim</b>	<b>Não</b>
--	------------	------------

a) Você diminui a quantidade de tempo que se dedicava ao seu trabalho ou a outras atividades?	1	2
b) Realizou menos tarefas do que você gostaria?	1	2
c) Esteve limitado no seu tipo de trabalho ou a outras atividades.	1	2
d) Teve dificuldade de fazer seu trabalho ou outras atividades (p. ex. necessitou de um esforço extra).	1	2

5- Durante as últimas 4 semanas, você teve algum dos seguintes problemas com seu trabalho ou outra atividade regular diária, como consequência de algum problema emocional (como se sentir deprimido ou ansioso)?

	Sim	Não
a) Você diminui a quantidade de tempo que se dedicava ao seu trabalho ou a outras atividades?	1	2
b) Realizou menos tarefas do que você gostaria?	1	2
c) Não realizou ou fez qualquer das atividades com tanto cuidado como geralmente faz.	1	2

6- Durante as últimas 4 semanas, de que maneira sua saúde física ou problemas emocionais interferiram nas suas atividades sociais normais, em relação à família, amigos ou em grupo?

De forma nenhuma	Ligeiramente	Moderadamente	Bastante	Extremamente
1	2	3	4	5

7- Quanta dor no corpo você teve durante as últimas 4 semanas?

Nenhuma	Muito leve	Leve	Moderada	Grave	Muito grave
1	2	3	4	5	6

8- Durante as últimas 4 semanas, quanto a dor interferiu com seu trabalho normal (incluindo o trabalho dentro de casa)?

De maneira alguma	Um pouco	Moderadamente	Bastante	Extremamente
1	2	3	4	5

9- Estas questões são sobre como você se sente e como tudo tem acontecido com você durante as últimas 4 semanas. Para cada questão, por favor dê uma resposta que mais se aproxime de maneira como você se sente, em relação às últimas 4 semanas.

	<b>Todo Tempo</b>	<b>A maior parte do tempo</b>	<b>Uma boa parte do tempo</b>	<b>Alguma parte do tempo</b>	<b>Uma pequena parte do tempo</b>	<b>Nunca</b>
<b>a) Quanto tempo você tem se sentindo cheio de vigor, de vontade, de força?</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>
<b>b) Quanto tempo você tem se sentido uma pessoa muito nervosa?</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>
<b>c) Quanto tempo você tem se sentido tão deprimido que nada pode anima-lo?</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>
<b>d) Quanto tempo você tem se sentido calmo ou tranqüilo?</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>
<b>e) Quanto tempo você tem se sentido com muita energia?</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>
<b>f) Quanto tempo você tem se sentido desanimado ou abatido?</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>
<b>g) Quanto tempo você tem se sentido esgotado?</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>
<b>h) Quanto tempo você tem se sentido uma pessoa feliz?</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>
<b>i) Quanto tempo você tem se</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>

<b>sentido cansado?</b>						
-------------------------	--	--	--	--	--	--

**10- Durante as últimas 4 semanas, quanto de seu tempo a sua saúde física ou problemas emocionais interferiram com as suas atividades sociais (como visitar amigos, parentes, etc)?**

<b>Todo Tempo</b>	<b>A maior parte do tempo</b>	<b>Alguma parte do tempo</b>	<b>Uma pequena parte do tempo</b>	<b>Nenhuma parte do tempo</b>
<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>

**11- O quanto verdadeiro ou falso é cada uma das afirmações para você?**

	<b>Definitivamente verdadeiro</b>	<b>A maioria das vezes verdadeiro</b>	<b>Não sei</b>	<b>A maioria das vezes falso</b>	<b>Definitivamente falso</b>
<b>a) Eu costumo obedecer um pouco mais facilmente que as outras pessoas</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
<b>b) Eu sou tão saudável quanto qualquer pessoa que eu conheço</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
<b>c) Eu acho que a minha saúde vai piorar</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
<b>d) Minha saúde é excelente</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>

**ANEXO IV - SAINT GEORGE RESPIRATORY QUESTIONNAIRE (SGRQ) –  
(Questionário do Hospital Saint George sobre problemas respiratórios)**

**PARTE 1**

Nas perguntas abaixo, assinale aquela que melhor identifica seus problemas respiratórios nos últimos 3 meses.

OBS: Assinale um só quadrado nas questões de 1 a 8

	maioria dos dias da semana (5-7 dias)	vários dias na semana (2-4 dias)	alguns dias no mês	só com infecções respiratórias	nunca
1) Durante os últimos 3 meses tossi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2) Durante os últimos 3 meses tive catarro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3) Durante os últimos 3 meses tive falta de ar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4) Durante os últimos 3 meses tive chiado no peito	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

5) Durante os últimos 3 meses, quantas vezes você teve crises graves de problemas respiratórios:

mais de 3	3	2	1	Nenhuma
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

6) Quanto tempo durou a pior dessas crises? (passe para a pergunta seguinte se não teve crises graves).

1 semana ou mais	3 ou mais dias	1 ou 2 dias	menos de 1 dia
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

7) Durante os últimos 3 meses, em uma semana considerada como habitual, quantos dias bons (com poucos problemas respiratórios) você teve ?

nenhum dia	1 ou 2 dias	3 ou dias	quase todos os dias	todos os dias
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

8) Se você tem “chiado no peito”, ele é pior de manhã?

Não	Sim
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## PARTE 2

### Seção 1

A) Assinale um só quadrado para descrever a sua doença respiratória:

é o meu maior problema	me causa muitos problemas	me causa alguns problemas	não me causa nenhum problema
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

B) Se você já teve um trabalho pago, assinale um dos quadrados:  
(passe para a Seção 2 se você não trabalha)

minha doença respiratória me obrigou a parar de trabalhar	<input type="checkbox"/>
minha doença respiratória interfere (ou interferiu) com o meu trabalho normal ou já me obrigou a mudar de trabalho	<input type="checkbox"/>
minha doença respiratória não afeta (ou não afetou) o meu trabalho	<input type="checkbox"/>

### Seção 2

As perguntas abaixo referem-se às atividades que normalmente têm provocado falta de ar em você nos últimos dias.

Assinale com um “x” no quadrado de cada pergunta abaixo, indicando a resposta *Sim* ou *Não* de acordo com o seu caso:

	Sim	Não
sentado ou deitado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
tomando banho ou vestindo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
caminhando dentro de casa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
caminhando em terreno plano	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
subindo um lance de escada	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
subindo ladeiras	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
praticando esportes ou jogos que impliquem esforços físicos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### Seção 3

Mais algumas perguntas sobre a sua tosse e a sua falta de ar nos últimos dias.

Assinale com um “x” no quadrado de cada pergunta abaixo, indicando a resposta *Sim* ou *Não* de acordo com o seu caso:

	Sim	Não
minha tosse me causa dor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
minha tosse me deixa cansado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
tenho falta de ar quando falo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
tenho falta de ar quando dobro o corpo pra frente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
minha tosse ou falta de ar perturba o meu sono	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
fico exausto com facilidade	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

#### Seção 4

Perguntas sobre outros efeitos causados pela sua doença respiratória nos últimos dias. Assinale com um “x” no quadrado de cada pergunta abaixo, indicando a resposta *Sim* ou *Não*, de acordo com o seu caso:

	Sim	Não
minha tosse ou falta de ar me deixam envergonhado em público	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
minha doença respiratória é inconveniente para a minha família, amigos ou vizinhos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
tenho medo ou mesmo pânico quando não consigo respirar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
sinto que minha doença respiratória escapa ao meu controle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
eu não espero nenhuma melhora da minha doença respiratória	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
minha doença me debilitou fisicamente, o que faz com que eu precise da ajuda de alguém	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
fazer exercício é arriscado para mim	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
tudo o que faço, parece ser um esforço muito grande	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

#### Seção 5

A) Perguntas sobre a sua medicação. Assinale com um “x” no quadrado de cada pergunta abaixo, indicando a resposta *Sim* ou *Não*, de acordo com o seu caso: *(passe para a Seção 6 se não toma medicamentos)*

	Sim	Não
minha medicação não está me ajudando muito	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
fico envergonhado ao tomar medicamentos em público	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
minha medicação me provoca efeitos colaterais desagradáveis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
minha medicação interfere com o meu dia a dia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

#### Seção 6

As perguntas seguintes se referem às atividades que podem ser afetadas pela sua doença respiratória. Assinale com um “x” no quadrado de cada pergunta abaixo, indicando a resposta *Sim* se pelo menos uma parte da frase corresponde ao seu caso; se não, assinale *Não*.

	Sim	Não
levo muito tempo para me lavar ou me vestir	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
demoro muito tempo ou não consigo tomar banho de chuveiro ou na banheira	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
andando mais devagar que as outras pessoas, o tenho que parar para descansar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
demoro muito tempo para realizar as tarefas como o trabalho da casa, ou tenho que parar para descansar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
quando subo um lance de escada, vou muito devagar, ou tenho que parar para descansar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
se estou apressado ou caminho mais depressa, tenho que parar para descansar ou ir mais devagar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
por causa da minha respiração, tenho dificuldade para fazer atividades como: subir ladeiras, carregar objetos subindo escadas, dançar, praticar esporte leve	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
por causa da minha respiração, tenho dificuldade para fazer atividades como: carregar grandes pesos, fazer “cooper”, andar muito rápido ou nadar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
por causa da minha respiração, tenho dificuldade para fazer atividades como: trabalho manual pesado, correr, andar de bicicleta, nadar rápido ou praticar esportes de competição	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## Seção 7

- A) Assinale com um “x” no quadrado de cada pergunta abaixo, indicando a resposta *Sim* ou *Não*, para indicar outras atividades que geralmente podem ser afetadas pela sua doença respiratória no seu dia a dia:  
(*não esqueça que Sim só se aplica ao seu caso quando você não puder fazer essa atividade devido aos seus problemas respiratórios*)

	Sim	Não
praticar esportes ou jogos que impliquem esforço físico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
sair de casa para me divertir	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
sair de casa para fazer compras	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
fazer o trabalho da casa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
sair da cama ou da cadeira	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

- B) A lista seguinte descreve uma série de outras atividades que o seu problema respiratório pode impedir você de realizar (pretendemos apenas lembrá-lo das atividades que podem ser afetadas pela falta de ar).

\_\_\_\_\_

passar a pé ou passear com o seu cachorro

\_\_\_\_\_

fazer o trabalho doméstico ou jardinagem

\_\_\_\_\_

ter relações sexuais

\_\_\_\_\_

ir à igreja, bar ou a locais de diversão

---

sair com mau tempo ou permanecer em locais com fumaça de cigarro

---

visitar a família e os amigos ou brincar com as crianças

---

Por favor, escreva qualquer outra atividade importante que seu problema respiratório pode impedir você de fazer:

---



---



---



---



---



---

C) Assinale com um “x” somente a resposta que melhor define a forma como você é afetado pela sua doença respiratória:

não me impede de fazer nenhuma das coisas que eu gostaria de fazer	<input type="radio"/>
me impede de fazer uma ou duas coisas que eu gostaria de fazer	<input type="radio"/>
me impede de fazer a maioria das coisas que eu gostaria de fazer	<input type="radio"/>
me impede de fazer tudo o que eu gostaria de fazer	<input type="radio"/>

## ANEXO V- BRIEF RCOPE

DATA: \_\_\_\_\_

Este questionário se refere a algumas maneiras de como as pessoas enfrentam acontecimentos estressantes ou difíceis em suas vidas. Concentre-se nas coisas que você faz, pensa ou sente relacionadas à sua religiosidade ou espiritualidade para enfrentar esta condição de saúde no momento atual.

Nós queremos saber **quanto** ou **com que frequência** você pensa ou faz o que o item afirma. Use uma das opções de resposta abaixo para cada item:

**1. Nunca**      **2. Um pouco**      **3. Algumas vezes**      **4. Quase sempre**

Não responda com base no que deu ou não deu certo, responda se você tem feito ou não o que o item diz. Tente avaliar cada item separadamente em sua mente. Não há respostas certas ou erradas, dê as respostas mais verdadeiras para você. Agora, marque com um **X** a resposta que melhor se aplica a você, em cada item:

	nunca	um pouco	algumas vezes	quase sempre	
1. Procuo uma ligação mais forte com Deus	1	2	3	4	BF1
2. Busco o amor e o cuidado de Deus	1	2	3	4	BF2
3. Procuo a ajuda de Deus para me livrar da minha raiva ou rancor	1	2	3	4	BF3
4. Tento colocar meus planos em ação juntamente com Deus	1	2	3	4	BF4
5. Tento perceber como Deus estaria tentando me fortalecer com essa situação	1	2	3	4	BF5
6. Peço perdão pelos meus pecados	1	2	3	4	BF6
7. Me concentro na religião para parar de me preocupar com os meus problemas	1	2	3	4	BF7
8. Pergunto a mim mesmo se Deus me abandonou	1	2	3	4	BF8
9. Sinto que sou punido por Deus por causa da minha falta de devoção	1	2	3	4	BF9
10. Me pergunto o que fiz para ser punido por Deus	1	2	3	4	BF10
11. Questiono o amor que Deus tem por mim	1	2	3	4	BF11
12. Me pergunto se minha igreja ou meu grupo religioso me abandonou	1	2	3	4	BF12
3 13. Chego à conclusão que foi o diabo que fez isso acontecer	1	2	3	4	BF13
14. Coloco em dúvida o poder de Deus	1	2	3	4	BF14

Obrigada pela sua participação!

**ANEXO VI- ESCALA DE RELIGIOSIDADE DA DUKE – DUREL**

Nome: \_\_\_\_\_ Nº: \_\_\_\_\_  
Data: \_\_\_\_\_

Por favor, leia todas as frases. Circule a resposta que melhor corresponde a você em cada item.

(1) Com que frequência você vai a uma igreja, templo ou outro encontro religioso?

1. Mais que uma vez por semana
2. Uma vez por semana
3. Duas a três vezes por mês
4. Algumas vezes por ano
5. Uma vez por ano ou menos
6. Nunca

(2) Com que frequência você dedica o seu tempo a atividades religiosas individuais, como preces, rezas, meditações, leitura da bíblia ou de outros textos religiosos?

1. Mais que uma vez por semana
2. Uma vez por semana
3. Duas a três vezes por mês
4. Uma vez por semana
5. Poucas vezes por mês
6. Raramente ou nunca

(3) Em minha vida, eu sinto a presença de Deus (ou do Espírito Santo).

1. Totalmente verdade para mim
2. Em geral é verdade
3. Não estou certo
4. Em geral não é verdade
5. Não é verdade

(4) As minhas crenças religiosas estão realmente por trás de toda a minha maneira de viver.

1. Totalmente verdade para mim
2. Em geral é verdade
3. Não estou certo
4. Em geral não é verdade
5. Não é verdade

(5) Eu me esforço muito para viver minha religião em todos os aspetos da vida.

1. Totalmente verdade para mim
2. Em geral é verdade
3. Não estou certo
4. Em geral não é verdade
5. Não é verdade