



# Avaliação do *coping* religioso em pacientes com DPOC

Francisco Alessandro Braga do Nascimento<sup>1,2,a</sup>,  
Guilherme Pinheiro Ferreira da Silva<sup>1,3,b</sup>, Geisyani Francisca Gomes Prudente<sup>1,c</sup>,  
Rafael Mesquita<sup>1,d</sup>, Eanes Delgado Barros Pereira<sup>1,2,e</sup>

1. Universidade Federal do Ceará – UFC – Fortaleza (CE) Brasil.

2. Hospital de Messejana Dr. Carlos Alberto Studart Gomes, Fortaleza (CE) Brasil.

3. Universidade de Fortaleza – UNIFOR – Fortaleza (CE) Brasil.

a. <http://orcid.org/0000-0003-4651-1810>

b. <http://orcid.org/0000-0002-1964-0273>

c. <http://orcid.org/0000-0002-9704-7299>

d. <http://orcid.org/0000-0002-8048-3393>

e. <http://orcid.org/0000-0002-4414-3164>

**Recebido:** 5 julho 2018.

**Aprovado:** 31 março 2019.

Trabalho realizado no Hospital Universitário Walter Cantídio, Universidade Federal do Ceará, e no Hospital de Messejana Dr. Carlos Alberto Studart Gomes, Fortaleza (CE) Brasil.

## RESUMO

**Objetivo:** Comparar o *coping* religioso (CR) entre pacientes portadores de DPOC e indivíduos saudáveis e investigar associações entre CR e características demográficas, qualidade de vida, depressão e gravidade da doença nesses pacientes. **Métodos:** Estudo transversal realizado entre 2014 e 2016 com pacientes ambulatoriais com DPOC moderada a grave de dois hospitais em Fortaleza (CE) e controles saudáveis pareados por sexo e idade. A escala *Brief RCOPE* avaliou a CR de todos os participantes. O grupo DPOC também foi avaliado quanto a sintomas, qualidade de vida e depressão e foi submetido a espirometria e teste de caminhada de seis minutos (TC6). **Resultados:** Foram avaliados 100 pacientes, com média de idade de 67,3 ± 6,8 anos (54% homens). A média dos escores de CR positivo no grupo DPOC foi significativamente maior que a de CR negativo (27,17 ± 1,60 vs. 8,21 ± 2,12; p = 0,001). A média dos escores de CR positivo foi significativamente maior nas mulheres que nos homens (27,5 ± 1,1 vs. 26,8 ± 2,8; p = 0,02). O grupo DPOC apresentou escores de CR negativo significativamente maiores que os controles (p = 0,01). O CR negativo apresentou uma associação inversa com a distância percorrida no TC6 (DTC6; r = -0,3; p < 0,05) e uma associação direta com sintomas depressivos (r = 0,2; p < 0,03). O CR positivo não apresentou correlações com nenhuma variável estudada. A análise de regressão múltipla mostrou que CR negativo associou-se com DTC6 (coeficiente = -0,009; IC95%: -0,01 a -0,003). A DTC6 explicou linearmente a variação do CR negativo. **Conclusões:** Pacientes com DPOC utilizam CR negativo mais frequentemente que indivíduos saudáveis. A capacidade de exercício e sintomas depressivos estão associados a CR negativo.

**Descritores:** Religião; Espiritualidade; Adaptação psicológica; Qualidade de vida; Doença pulmonar obstrutiva crônica.

## INTRODUÇÃO

A DPOC é uma doença prevenível e tratável, caracterizada por limitação ao fluxo aéreo e associada a uma resposta inflamatória anormal dos pulmões a partículas e gases nocivos. Ela é considerada atualmente como a quarta maior causa de mortalidade no mundo.<sup>(1,2)</sup>

O componente inflamatório sistêmico da DPOC pode iniciar ou agravar comorbidades, tais como diabetes mellitus, síndrome metabólica, apneia obstrutiva do sono e caquexia por perda de massa magra.<sup>(3)</sup> Os principais sintomas da DPOC são dispneia, tosse, intolerância ao exercício, piora do estado nutricional e aumento nos níveis de ansiedade e depressão.<sup>(4)</sup>

A gravidade da DPOC associada às dificuldades para o enfrentamento das limitações impostas pela doença e a consequente perspectiva da proximidade da morte podem comprometer em diferentes graus a qualidade de vida (QV) desses pacientes.<sup>(5)</sup>

Dentro desse contexto, a religiosidade e a espiritualidade podem ser consideradas uma estratégia de *coping* ou enfrentamento nas doenças crônicas. A religiosidade é definida como a utilização de crenças, valores,

práticas e rituais individuais relacionados com a fé, enquanto a espiritualidade é mais subjetiva e permeia os questionamentos sobre o significado da vida.<sup>(6)</sup>

Mundialmente o termo *coping* religioso (CR) é reconhecido como comportamentos adotados pelo indivíduo para o enfrentamento de uma condição estressora. O CR pode ser avaliado em aspectos positivos e negativos. O CR positivo refere-se a avaliações religiosas benevolentes, o perdão religioso, refletindo uma relação segura com Deus. Por outro lado, o questionamento dos poderes de Deus, o sentimento de abandono ou de punição divina, refletindo uma tênue relação com Deus, referem-se ao CR negativo.<sup>(7)</sup>

Poucos estudos, entretanto, abordaram até o presente momento estratégias de CR em pacientes com DPOC. Essa temática já foi estudada em outras enfermidades crônicas, tais como câncer, doença renal crônica e doença inflamatória intestinal,<sup>(8)</sup> sendo evidenciado que a prática da religiosidade e da espiritualidade se associou com melhores condições de saúde e bem-estar.<sup>(9,10)</sup> Em pacientes com doença pulmonar avançada, estudos apontam que o CR está associado a níveis mais altos

## Endereço para correspondência:

Francisco Alessandro Braga do Nascimento. Rua 26, casa 26, Conjunto Beira Rio, Vila Velha, CEP 60348-230, Fortaleza, CE, Brasil. Tel.: 55 85 99973-0798. Email: alessandro.fisio@gmail.com  
Apoio financeiro: Nenhum.

de função social, mas também com maior sofrimento psíquico e incapacidade.<sup>(11,12)</sup>

Seguindo essa linha de pensamento, é muito importante que o CR seja avaliado por se tratar da forma como o indivíduo lida com situações de estresse físico e mental na perspectiva da sua condição de saúde, pois essas estratégias poderão ser parte integrante no manejo e tratamento desses pacientes.

Os objetivos do presente estudo foram comparar o CR entre pacientes portadores de DPOC e indivíduos saudáveis, assim como investigar, nesses pacientes, associações entre o CR e características demográficas e medidas de qualidade de vida, depressão e gravidade da doença através da função pulmonar e capacidade funcional de exercício.

## MÉTODOS

Foi realizado um estudo do tipo transversal nos ambulatórios de pneumologia do Hospital Universitário Walter Cantídio da Universidade Federal do Ceará e do Hospital de Messejana Dr. Carlos Alberto Studart Gomes, ambos localizados na cidade de Fortaleza (CE), no período entre fevereiro de 2014 e fevereiro de 2016. A pesquisa respeitou os preceitos éticos da Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, que rege as pesquisas com seres humanos, e foi aprovada pelos Comitês de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Ceará e do Hospital de Messejana Dr. Carlos Alberto Studart Gomes (Pareceres nos. 855.310 e 901.995, respectivamente).

Foram selecionados consecutivamente pacientes com diagnóstico confirmado de DPOC moderada a grave, apresentando valores espirométricos de acordo com a *Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease*,<sup>(13)</sup> idade entre 40 e 80 anos e estabilidade clínica (ausência de episódio de internação por exacerbação da doença ou infecção nos três meses anteriores à realização do estudo). Foi considerado critério de exclusão a presença de outras doenças não pulmonares consideradas incapacitantes, graves ou de difícil manejo. Os indivíduos do grupo controle foram recrutados na comunidade e, após aceitarem participar do estudo, foram encaminhados a uma sala anexa ao ambulatório para a aplicação da escala *Brief RCOPE*.<sup>(13)</sup> Os dois grupos (pacientes e controles) foram pareados por sexo e idade. Os pacientes portadores de DPOC foram avaliados quanto ao CR, qualidade de vida, depressão, função pulmonar e capacidade de exercício.

Para a avaliação do CR foi aplicada a escala *Brief RCOPE*,<sup>(13)</sup> considerada um instrumento válido e reproduzível, composta por 14 itens que analisam os aspectos positivos (7 itens) e negativos (7 itens) do CR, mensurados por meio de uma escala Likert de 4 pontos que vai de 1 (nunca) a 4 (quase sempre). A pontuação para os dois aspectos pode variar de 7 a 28.<sup>(13)</sup> Escores próximos a 7 denotam menor uso do componente, enquanto aqueles próximos a 28 sinalizam seu maior uso.

Para a avaliação da QV relacionada à saúde, utilizaram-se três instrumentos, todos validados para uso no Brasil. O *COPD Assessment Test* é um instrumento específico para pacientes portadores de DPOC, composto por oito questões que analisam o impacto dos sintomas da doença, com uma pontuação variando de zero (ótimo) a 40 (péssimo).<sup>(14)</sup> O *Medical Outcomes Study 36-item Short-Form Health Survey*<sup>(15)</sup> é um instrumento genérico, composto por 36 itens que englobam 8 componentes: capacidade funcional, aspectos físicos, dor, estado geral da saúde, vitalidade, aspectos sociais, função emocional e saúde mental. Esses componentes podem ser agrupados para o desenvolvimento do coeficiente físico sumarizado e do coeficiente mental sumarizado. O escore final desses coeficientes pode variar de zero a 100; quanto maior for a pontuação, melhor é o estado geral de saúde. O *Saint George's Respiratory Questionnaire*<sup>(16)</sup> é específico para indivíduos com doenças respiratórias e aborda os aspectos relacionados a três domínios — sintomas, atividade e impactos psicossociais — que a doença respiratória impõe ao paciente. Cada domínio tem uma pontuação máxima possível, sendo os pontos de cada resposta somados, e o escore total é referido como um percentual desse máximo, que varia de zero a 100%; quanto maior for o escore, pior é a QV.<sup>(16)</sup>

Os sintomas depressivos foram avaliados por meio da aplicação do *Patient Health Questionnaire-9*,<sup>(17)</sup> que é composto por 9 itens pontuados de zero a 3 de acordo com a frequência dos incômodos relatados. A partir da soma das pontuações, estratifica-se da seguinte forma: sem depressão (0-4 pontos); depressão leve (5-9 pontos); depressão moderada (10-14 pontos); depressão moderada a grave (15-19 pontos) e depressão muito grave (20 ou mais pontos).

A função pulmonar foi avaliada por meio do teste de espirometria e seguiu as normas de diretrizes brasileiras,<sup>(18)</sup> sendo mensurados VEF<sub>1</sub> e CVF. Os resultados obtidos foram expressos em percentual do previsto, baseados em valores de referência para a população brasileira.<sup>(19)</sup>

A capacidade de exercício foi mensurada a partir do teste de caminhada de seis minutos (TC6), realizado conforme as recomendações estabelecidas por diretrizes da *European Respiratory Society* e *American Thoracic Society*.<sup>(20)</sup> O paciente foi estimulado a caminhar a máxima distância possível em um corredor de superfície plana de 30 metros de comprimento por um período de seis minutos. Ao final do teste, o examinador registrou a distância percorrida (DTC6).

Os dados foram analisados por meio do software estatístico SPSS Statistics, versão 17.0. (SPSS Inc., Chicago, IL, EUA). A análise descritiva foi realizada por meio de frequência absoluta, frequência relativa, média e desvio-padrão, ou mediana e intervalo interquartil (IQ). Para a comparação das variáveis numéricas foi utilizado o teste t de Student para amostras independentes com distribuição normal. Foi utilizado o teste U de Mann-Whitney para amostras que não apresentavam distribuição normal. A comparação das

variáveis categóricas foi realizada por meio do teste do qui-quadrado. As análises de correlações numéricas foram feitas através do coeficiente de correlação de Pearson. A análise multivariada foi realizada por meio de regressão linear para analisar os possíveis fatores relacionados ao CR, sendo que as variáveis independentes incluídas no modelo multivariado foram aquelas que mostraram um nível de significância  $< 5\%$  na análise univariada. As análises foram consideradas estatisticamente significativas quando se observou um valor de  $p < 0,05$ .

## RESULTADOS

### Características gerais

Participaram do estudo 100 pacientes portadores de DPOC, com média de idade de  $67,3 \pm 6,8$  anos. Os pacientes eram predominantemente do sexo masculino (54%), alfabetizados (68%) e praticantes da religião católica (77%). Algum tipo de comorbidade associada estava presente em 36% da amostra (Tabela 1). Na avaliação do CR, as médias de pontuação para CR positivo e CR negativo foram de  $27,17 \pm 1,60$  e  $8,21 \pm 2,12$ , respectivamente. Foi observado um valor significativamente maior do CR positivo em relação ao CR negativo ( $p = 0,01$ ), demonstrando que os pacientes portadores de DPOC utilizaram mais da estratégia positiva para enfrentar a doença. As variáveis sociodemográficas e clínicas da amostra são descritas na Tabela 1.

Ao realizarmos a comparação do CR entre pacientes portadores de DPOC quanto a gênero, escolaridade, tipo de religião e presença de comorbidades, somente foi observada uma diferença significativa em relação ao gênero, sugerindo que as mulheres praticaram mais frequentemente o aspecto positivo do CR que os homens ( $27,5 \pm 1,1$  vs.  $26,8 \pm 2,8$ ;  $p = 0,02$ ).

### Coping religioso em pacientes portadores de DPOC e indivíduos saudáveis

Na comparação do CR entre pacientes portadores de DPOC e indivíduos saudáveis, não se observou uma diferença estatisticamente significativa na comparação do CR positivo, com medianas [IQ] de 28 [27-28] e 28 [28-28], respectivamente ( $p = 0,08$ ). No entanto, na comparação do CR negativo, os pacientes portadores de DPOC apresentaram uma pontuação significativamente maior em relação aos indivíduos saudáveis: 8 [7-8] e 7 [7-7], respectivamente ( $p = 0,01$ ).

### Fatores associados ao coping religioso em pacientes portadores de DPOC

Observou-se que o CR negativo apresentou uma associação inversa e significativa com a DTC6 ( $r = -0,3$ ;  $p < 0,05$ ) e uma associação direta com sintomas depressivos ( $r = 0,2$ ;  $p < 0,03$ ; Tabela 2). Não foram evidenciadas correlações significativas do CR negativo com as demais variáveis estudadas. Não houve correlações significativas do CR positivo com nenhuma das variáveis estudadas.

**Tabela 1.** Características sociodemográficas e variáveis clínicas da amostra de pacientes portadores de DPOC.<sup>a</sup>

Variáveis	(N = 100)
Idade, anos	67,3 $\pm$ 6,8
Sexo	
Masculino	54 (54)
Feminino	46 (46)
Estado civil	
Solteiro	7 (7)
Casado	67 (67)
Separado	9 (9)
Viúvo	17 (17)
Escolaridade	
Alfabetizados	68 (68)
Não alfabetizados	32 (32)
Religião	
Católicos	77 (77)
Não católicos	23 (23)
IMC, kg/cm <sup>2</sup>	25 $\pm$ 4,8
Comorbidades	
Sim	36 (36)
Não	64 (64)
Espirometria	
VEF <sub>1</sub> pós-BD, % do previsto	45,4 $\pm$ 12,6
CVF pós-BD, % do previsto	61,3 $\pm$ 15,1
DTC6, m	368,5 $\pm$ 76,1
Coping religioso	
Positivo	28 [27-28]
Negativo	7 [7-8]
CAT	18,6 $\pm$ 8,2
SGRQ	
Sintomas	45,4 $\pm$ 21,1
Atividade	64,4 $\pm$ 20,9
Impacto psicossocial	43,7 $\pm$ 19,8
Total	51,7 $\pm$ 16,01
SF-36	
CFS	39,25 $\pm$ 15,28
CMS	51,28 $\pm$ 11,83
PHQ-9	9 $\pm$ 5,8

IMC: índice de massa corpórea; BD: broncodilatador; DTC6: distância percorrida no teste de caminhada de seis minutos; CAT: COPD Assessment Test; SGRQ: Saint George's Respiratory Questionnaire; SF-36: Medical Outcomes Study 36-item Short-Form Health Survey; CFS: coeficiente físico sumarizado; CMS: coeficiente mental sumarizado; e PHQ-9: Patient Health Questionnaire-9. <sup>a</sup>Valores expressos em n (%), média  $\pm$  dp ou mediana [intervalo interquartil].

Uma análise de regressão linear múltipla foi realizada para identificar variáveis independentes que apresentassem uma melhor associação com o CR negativo (variável dependente). As variáveis independentes selecionadas foram estatisticamente significativas na análise univariada. O modelo foi construído levando em conta as variáveis de confusão e a colinearidade. Pelo processo *backward stepwise*, foram identificadas as variáveis que explicaram linearmente a variação do CR negativo (Tabela 3). A

**Tabela 2.** Correlação entre o coping religioso e dados demográficos e clínicos em pacientes portadores de DPOC.

Variáveis	CR positivo		CR negativo	
	r	p	r	p
Idade	-0,02	0,8	-0,12	0,2
VEF <sub>1</sub> pós-BD (% do previsto)	0,03	0,7	-0,05	0,6
DTC6	0,18	0,06	-0,34	< 0,04
SGRQ				
Sintomas	-0,06	0,5	0,11	0,2
Atividade	0,03	0,7	0,10	0,2
Impacto psicossocial	-0,08	0,4	-0,05	0,5
Total	-0,06	0,5	0,04	0,6
CAT	-0,03	0,7	-0,04	0,6
SF-36				
CFS	-0,03	0,7	-0,14	0,1
CMS	0,06	0,5	-0,10	0,2
PHQ-9	0,03	0,6	0,21	0,03

CR: coping religioso; BD: broncodilatador; DTC6: distância percorrida no teste de caminhada de seis minutos; SGRQ: Saint George's Respiratory Questionnaire; CAT: COPD Assessment Test; SF-36: Medical Outcomes Study 36-item Short-Form Health Survey; CFS: coeficiente físico sumarizado; CMS: coeficiente mental sumarizado; e PHQ-9: Patient Health Questionnaire-9.

**Tabela 3.** Análise de regressão linear multivariada do coping religioso negativo e variáveis clínicas da amostra.

Desfecho/Variáveis	Coefficientes	Erro-padrão	t	p	IC95%
Coping religioso negativo					
Constante	11,07	1,23	8,94	< 0,01	8,61-13,52
DTC6	-0,009	0,003	-3,01	0,003	-0,01 a -0,003

DTC6: distância percorrida no teste de caminhada de seis minutos.

variável identificada com melhor associação com o CR negativo foi a DTC6 (coeficiente = -0,009; IC95%: -0,01 a -0,003), que explicou 35% da variância.

## DISCUSSÃO

O presente estudo demonstrou que pacientes portadores de DPOC utilizam, de forma mais significativa, aspectos positivos do CR para lidar com sua doença. A utilização de uma estratégia positiva reflete um relacionamento seguro com uma força transcendental e uma visão benevolente do mundo. O CR negativo (conflito espiritual) foi menos comum na amostra, embora, quando utilizado, foi observada sua associação com a gravidade da doença, através do DTC6, e com o sofrimento psíquico.

Ao comparar o CR entre indivíduos portadores de DPOC e saudáveis, percebeu-se que ambos os grupos apresentavam pontuações semelhantes em relação ao aspecto positivo; porém, observou-se uma pontuação significativamente maior no aspecto negativo no grupo portador de DPOC. Isso expressa o sofrimento espiritual dos pacientes que, diante da doença, passam a sentir uma insatisfação com Deus, o que os leva a redefinir o estressor como uma punição divina.<sup>(21)</sup>

No presente estudo foi observado que as mulheres praticaram mais o aspecto positivo do CR que os homens. Culturalmente, as mulheres são mais resilientes e, portanto, utilizam uma estratégia positiva através do CR para o enfrentamento do estresse.<sup>(22)</sup> Veit et al.,<sup>(23)</sup>

em uma revisão sistemática recente, demonstraram o maior uso do componente positivo do CR em mulheres com câncer de mama.

Os resultados da presente pesquisa demonstraram que há uma correlação estatisticamente significativa entre o CR negativo e sintomas depressivos em portadores de DPOC, o que corrobora estudos anteriores realizados com pacientes portadores de enfisema<sup>(9)</sup> e pacientes com pneumopatias crônicas pré-transplante de pulmão.<sup>(11)</sup> Nesse último estudo,<sup>(11)</sup> os autores destacaram que, apesar da gravidade dos pacientes, não se verificaram níveis significativos de depressão, o que foi justificado pela possível proximidade da cura após o processo de troca do órgão. Yohannes et al.<sup>(24)</sup> afirmaram que o mecanismo que determina a associação frequente da DPOC com depressão ainda não foi devidamente identificado.

Os escores obtidos no CR negativo apresentaram uma correlação inversa e estatisticamente significativa com a capacidade física, avaliada por meio da DTC6, que é um importante preditor de gravidade da doença.<sup>(25)</sup> Isso demonstra que o comprometimento da doença parece ter uma relação importante com o enfrentamento da DPOC. Burkner et al.<sup>(26)</sup> mostraram o uso frequente de estratégias de CR negativo com desfechos importantes em pacientes com pneumopatias crônicas pré-transplante de pulmão.

Não foram verificadas correlações significativas do CR com função pulmonar e QV, o que não corrobora estudos anteriores.<sup>(9,27)</sup> Pedersen et al.,<sup>(27)</sup> estudando pacientes

com DPOC, afirmaram que o CR negativo apresentou associação com a má QV. Uma explicação para nosso estudo não demonstrar tal associação seria o fato de que nossos pacientes pouco utilizaram o CR negativo.

A presente investigação mostra ao profissional de saúde a importância da avaliação da religiosidade de pacientes portadores de DPOC atendidos em unidades de saúde, principalmente para identificar aqueles que utilizam aspectos negativos do CR, pois esse fato apresenta relação com sofrimento psíquico e gravidade da doença. Seguindo essa linha de pensamento, pesquisas que abordem o CR de forma focalizada e diferenciada devem incluir a busca de apoio espiritual e religioso.<sup>(27)</sup>

O presente estudo teve como pontos fortes a avaliação de estratégias de CR em pacientes portadores de

DPOC, tema que foi abordado por poucos estudos, e a investigação da sua associação com as variáveis clínicas. Além disso, enfatiza mais uma estratégia na abordagem desses pacientes e adiciona à literatura vigente mais uma fonte de informação para futuros estudos com abordagem semelhante. Dentre as limitações do estudo está seu delineamento transversal, que impede maiores inferências sobre causalidade. Por ser uma amostra de conveniência não há garantia da capacidade de generalização. Além disso, a ausência de uma abordagem qualitativa pode também ser considerada uma limitação, já que essa acrescentaria ao método quantitativo um melhor detalhamento da percepção do paciente quanto à forma na qual a religiosidade é vivenciada e enfrentada no âmbito da sua condição de saúde.

## REFERÊNCIAS

- Vogelmeier CF, Criner GJ, Martínez FJ, Anzueto A, Barnes PJ, Bourbeau J, et al. Global Strategy for the Diagnosis, Management, and Prevention of Chronic Obstructive Lung Disease 2017 Report: GOLD Executive Summary. *Eur Respir J*. 2017;49(3). pii: 1700214. <https://doi.org/10.1183/13993003.00214-2017>
- Lozano R, Naghavi M, Foreman K, Lim S, Shibuya K, Aboyans V, et al. Global and regional mortality from 235 causes of death for 20 age groups in 1990 and 2010: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010. *Lancet*. 2012;380(9859):2095-128. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(12\)61728-0](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(12)61728-0)
- Barnes PJ, Celli BR. Systemic manifestations and comorbidities of COPD. *Eur Respir J*. 2009;33(5):1165-85. <https://doi.org/10.1183/09031936.00128008>
- Stucki A, Stucki G, Cieza A, Schuurmans MM, Kostanjsek N, Ruof J. Content comparison of health-related quality of life instruments for COPD. *Respir Med*. 2007;101(6):1113-22. <https://doi.org/10.1016/j.rmed.2006.11.016>
- Blinderman CD, Homel P, Billings JA, Tennstedt S, Portenoy RK. Symptom distress and quality of life in patients with advanced chronic obstructive pulmonary disease. *J Pain Symptom Manage*. 2009;38(1):115-23. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2008.07.006>
- Harrison MO, Koenig HG, Hays JC, Eme-Akawari AG, Pargament KI. The epidemiology of religious coping: a review of recent literature. *Int Rev Psychiatr*. 2001;13(2):86-93. <https://doi.org/10.1080/09540260124356>
- Pargament KI, Smith BW, Koenig HG, Perez L. Patterns of positive and negative religious coping with major life stressors. *J Sci Study Relig*. 1998;37(4):710-724. <https://doi.org/10.2307/1388152>
- Freitas TH, Hyphantis TN, Andreoulakis E, Quevedo J, Miranda HL, et al. Religious coping and its influence on psychological distress, medication adherence, and quality of life in inflammatory bowel disease. *Braz J Psychiatry*. 2015;37(3):219-27. <https://doi.org/10.1590/1516-4446-2014-1507>
- Green MR, Emery CF, Kozora E, Diaz PT, Make BJ. Religious and spiritual coping and quality of life among patients with emphysema in the National Emphysema Treatment Trial. *Respir Care*. 2011;56(10):1514-21. <https://doi.org/10.4187/respcare.01105>
- Saffari M, Pakpour AH, Naderi MK, Koenig HG, Baldacchino DR, Piper CN. Spiritual coping, religiosity and quality of life: a study on Muslim patients undergoing haemodialysis. *Nephrology (Carlton)*. 2013;18(4):269-75. <https://doi.org/10.1111/nep.12041>
- Burker EJ, Evon DM, Sedway JA, Egan T. Religious coping, psychological distress, and disability among patients with end-stage pulmonary disease. *J Clin Psychol Med Settings*. 2004;11(3):179-193. <https://doi.org/10.1023/B:JOC.00000037612.31730.56>
- Maselko J, Kubzansky L, Kawachi I, Staudenmayer J, Berkman L. Religious service attendance and decline in pulmonary function in a high-functioning elderly cohort. *Ann Behav Med*. 2006;32(3):245-53. [https://doi.org/10.1207/s15324796abm3203\\_11](https://doi.org/10.1207/s15324796abm3203_11)
- Pargament KI, Feuille M, Burdyz D. The Brief RCOPE: Current Psychometric Status of a Short Measure of Religious Coping. *Religions*. 2011;2(1):51-76. <https://doi.org/10.3390/rel2010051>
- Silva GP, Morano MT, Viana CM, Magalhães CB, Pereira ED. Portuguese-language version of the COPD Assessment Test: validation for use in Brazil. 2013;39(4):402-8. <https://doi.org/10.1590/S1806-37132013000400002>
- Ciconelli RM, Ferraz MB, Santos W, Meinão I, Quaresma MR. Tradução para a língua portuguesa e validação do questionário genérico de avaliação de qualidade de vida SF-36 (Brasil SF-36). *Rev Bras Reumatol*. 1999;39(3):143-50. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-3586200000300004>
- Sousa TC, Jardim JR, Jones P. Validation of the Saint George's Respiratory Questionnaire in patients with chronic obstructive pulmonary disease in Brazil [Article in Portuguese]. *J Pneumol*. 2000;26(3):119-28.
- Santos IS, Tavares BF, Munhoz TN, Almeida LS, Silva NT, Tams BD, et al. Sensitivity and specificity of the Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9) among adults from the general population [Article in Portuguese]. *Cad Saude Publica*. 2013;29(8):1533-43. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2013001200006>
- Sociedade Brasileira de Pneumologia. Diretrizes para Testes de Função Pulmonar. *J Pneumol*. 2002;28(Suppl 3):S1-S238.
- Pereira CA, Barreto SP, Simões JG, Pereira FW, Gerstler JG, Nakatami J. Valores de referência para a espirometria em uma amostra da população brasileira adulta. *J Pneumol*. 1992;18(1):10-22.
- Holland AE, Spruit MA, Troosters T, Puhan MA, Pepin V, Saey D, et al. An official European Society/American Thoracic Society technical standard: field walking tests in chronic respiratory disease. *Eur Respir J*. 2014;44(6):1428-46. <https://doi.org/10.1183/09031936.00150314>
- Schleder LP, Parejo LS, Puggina AC, Silva MJ. Espiritualidade dos familiares de pacientes internados em unidade de terapia intensiva. *Acta Paul Enferm*. 2013;26(1):71-8. <https://doi.org/10.1590/S0103-21002013000100012>
- Canaval GE, González MC, Sánchez MO. Espiritualidad y resiliencia en mujeres maltratadas que denuncian su situación de violencia de pareja. *Colombia Med*. 2007;38(Suppl 2):72-78.
- Veit CM, Castro EK. Spiritual/religious coping and breast cancer: A systematic literature review [Article in Portuguese]. *Psicol Saude Doenças*. 2013;14(1):1-22. <https://doi.org/10.15309/13psd140101>
- Yohannes AM, Alexopoulos GS. Depression and anxiety in patients with COPD. *Eur Respir Rev*. 2014;23(133):345-9. <https://doi.org/10.1183/09059180.00007813>
- Dajczman E, Wardini R, Kasymjanova G, Préfontaine D, Baltzan MA, Wolkove N. Six minute walk distance is a predictor of survival in patients with chronic obstructive pulmonary disease undergoing pulmonary rehabilitation. *Can Respir J*. 2015;22(4):225-9. <https://doi.org/10.1155/2015/280187>
- Burker EJ, Evon DM, Sedway JA, Egan T. Religious and non-religious coping in lung transplant candidates: does adding god to the picture tell us more? *J Behav Med*. 2005;28(6):513-26. <https://doi.org/10.1007/s10865-005-9025-4>
- Pedersen HF, Pargament KI, Pedersen CG, Zachariae R. Religious coping and quality of life among severely ill lung patients in a secular society. *Int J Psychol Relig*. 2013;23(3):188-203. <https://doi.org/10.1080/10508619.2012.728068>