



REPERCUSSÕES TARDIAS NA QUALIDADE DE VIDA DE PORTADORES DE DOENÇA PULMONAR CRÔNICA APÓS REABILITAÇÃO PULMONAR

LATE EFFECTS ON THE QUALITY OF LIFE OF PULMONARY CHRONIC DISEASE CARRIERS AFTER PULMONARY REHABILITATION

EFFECTOS TARDÍOS EN LA CALIDAD DE VIDA DE PACIENTES CON ENFERMEDAD PULMONAR CRÓNICA DESPUÉS DE LA REHABILITACIÓN PULMONAR

Dáversom Bordin Canterle¹, Marilise Beatris dos Santos², Cássia Cinara da Costa³, Kelly Furlanetto⁴, Maria Lúcia Rodrigues Langone⁵, Caroline Colombo⁶

RESUMO

Objetivo: analisar a qualidade de vida de portadores de doença pulmonar obstrutiva crônica, 24 meses após o programa de reabilitação pulmonar. **Método:** estudo exploratório e descritivo de abordagem qualitativa realizado com sete pacientes por meio de entrevista semiestruturada. Os depoimentos foram gravados e transcritos para uma posterior categorização. O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa, protocolo nº 4.08.03.08.1281. **Resultados:** após a análise dos dados emergiram as categorias << Qualidade de Vida - Satisfação e Bem-Estar >>, << A superação do medo e da insegurança >>, << O retorno à vida social >>, << A independência e o desempenho nas AVD's >>, << O Lazer >>, << Dispneia - o obstáculo vencido >>, << A autoestima recuperada >>. **Conclusão:** os colaboradores recuperaram sua independência, autoestima e vida social, além de sentirem-se mais seguros e tranquilos, reencontrando o sentimento de prazer nos momentos da vida. **Descritores:** Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica; Reabilitação; Qualidade de Vida.

ABSTRACT

Objective: analyzing the quality of life of patients with chronic obstructive pulmonary disease, 24 months after the pulmonary rehabilitation program. **Method:** an exploratory and descriptive study of a qualitative approach conducted with seven patients through semi-structured interview. The statements were recorded and transcribed for later categorization. The research project was approved by the Research Ethics Committee, Protocol 4.08.03.08.1281. **Results:** after data analysis the following categories emerged << Quality of Life - Satisfaction and Wellness >>, << The overcoming of fear and insecurity >>, << Return to social life >>, << The independence and performance in ADLs >>, << Leisure >>, << Dyspnea - the loser obstacle >>, << Self-esteem recovered >>. **Conclusion:** employees regained their independence, self-esteem and social life, and feel more safe and quiet, rediscovering the feeling of pleasure in moments of life. **Descriptors:** Chronic Obstructive Pulmonary Disease; Rehabilitation; Quality of Life.

RESUMEN

Objetivo: analizar la calidad de vida de los pacientes con enfermedad pulmonar obstructiva crónica, 24 meses después del programa de rehabilitación pulmonar. **Método:** un estudio exploratorio y descriptivo con enfoque cualitativo realizado con siete pacientes a través de entrevista semi-estructurada. Las declaraciones fueron grabadas y transcritas para posterior categorización. El proyecto de investigación fue aprobado por el Comité de Ética en la Investigación, Protocolo 4.08.03.08.1281. **Resultados:** después de analizar los datos surgieron las siguientes categorías << Calidad de Vida - Satisfacción y Bienestar >>, << La superación del miedo y la inseguridad >>, << Volver a la vida social >>, << La independencia y el desempeño en las AVD >>, << El Ocio >>, << La disnea - el obstáculo perdedor >>, << La autoestima recuperada >>. **Conclusión:** los empleados recuperaron su independencia, la autoestima y la vida social, y se sienten más seguros y tranquilos, redescubriendo la sensación de placer en los momentos de la vida. **Descritores:** Enfermedad Pulmonar Obstrutiva Crónica; Rehabilitación; Calidad de Vida.

¹Fisioterapeuta, Professor Doutor, Curso de Fisioterapia, Universidade Feevale. Novo Hamburgo (RS) Brasil. E-mail: daversom@feevale.br; ²Fisioterapeuta, Pós Graduada em Terapia Intensiva, Fisioterapeuta do Hospital Pompéia. Caxias do Sul (RS), Brasil. E-mail: nanaa.santos@bol.com.br; ³Fisioterapeuta, Professora Doutora, Curso de Fisioterapia, Universidade Feevale. Novo Hamburgo (RS), Brasil. E-mail: cassiab@feevale.br; ⁴Enfermeira, Professora Mestre, Curso de Enfermagem, Universidade Feevale. Novo Hamburgo (RS), Brasil. E-mail: kellyf@feevale.br; ⁵Psicóloga, Professora Especialista, Curso de Psicologia, Universidade Feevale. Novo Hamburgo (RS), Brasil. E-mail: marialucia@feevale.br; ⁶Fisioterapeuta, Pós Graduada em Terapia Intensiva, Fisioterapeuta Hospital Municipal de Novo Hamburgo. Novo Hamburgo (RS), Brasil. E-mail: carola.colombo@gmail.com

INTRODUÇÃO

A Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC) é caracterizada pela limitação do fluxo aéreo que não é totalmente reversível, sendo geralmente progressiva e associada à resposta inflamatória anormal dos pulmões à partículas nocivas ou gases. As exacerbações e comorbidades contribuem para a gravidade geral da doença.¹

Com a evolução da doença, os efeitos são sentidos permanentemente. A progressiva intensificação da dispneia faz com que o paciente necessite modificar seu estilo de vida, pois se sente incapaz de manter sua vida da mesma maneira que mantinha antes das primeiras manifestações da doença. A medida que o paciente se confronta com as significantes limitações para realizar as atividades de vida diária (AVD) e com o esforço exigido para ajustar-se à incapacidade, aparece à depressão. Com a deterioração gradual imposta pela doença, o paciente apresenta “perdas” em diversas áreas: lazer, social, profissional, sexual, interpessoal.²⁻³

A ansiedade e depressão aparecem em percentuais que variam, respectivamente, de 21% a 96% e de 27% a 79% nestes pacientes, o que vem a prejudicar ainda mais a qualidade de vida dessas pessoas.⁴

O Programa de Reabilitação Pulmonar (PRP) é uma abordagem terapêutica multidisciplinar de cuidados para pacientes com doenças respiratórias crônicas, individualmente desenhado para otimizar a performance física, social e a autonomia desses pacientes.⁵⁻⁶

Sabe-se que doentes obstrutivos crônicos estão em maior risco de regressar a um estágio de inatividade e descondicionamento físico após a conclusão de um programa de treino. O sucesso da intervenção baseia-se na alteração de hábitos de vida sedentários para hábitos de vida mais saudáveis. Ao longo do programa devem-se preparar os doentes a manterem atividade física após a alta.⁷

A possibilidade de modificação da QV, através da intervenção clínica, tem levado à ampliação dos objetivos do tratamento das doenças pulmonares para além da melhora da função do órgão, procurando atuar também na recuperação dos prejuízos funcionais que têm importância indiscutível para o bem-estar dos pacientes.⁸

Este estudo tem como objetivo deste estudo é analisar a qualidade de vida de portadores de DPOC, 24 meses após um PRP. A fim de identificar o quanto a influência do

PRP permanece no dia a dia destes pacientes portadores de DPOC.

MÉTODO

Estudo exploratório e descritivo de abordagem qualitativa, desenvolvido no Laboratório de Estudos da Atividade Física do Exercício e dos Esportes (LEAFEEES), da Universidade Feevale em Novo Hamburgo, Estado do Rio Grande do Sul, nos meses de março e abril de 2011. Os participantes desta pesquisa faziam parte do Grupo de Apoio para pacientes previamente reabilitados do PRP, com orientação de uma psicóloga e frequência de encontros de uma vez por semana. Os colaboradores eram de ambos os sexos e idade acima de 45 anos. Foram selecionados para esse estudo os pacientes participantes do Grupo de Apoio, que obtiveram melhora clínica significativa no Questionário do Hospital Saint George na doença respiratória (SGRQ), após o PRP e que estavam reabilitados há dois (2) anos. Foram excluídos desta pesquisa os pacientes que por vontade própria não participavam do Grupo de Apoio.

A produção de dados foi realizada por meio de entrevista estruturada individualizada, gravada e transcrita, mediante autorização prévia do participante. Após a transcrição, o texto da entrevista foi apresentado para o mesmo, para que pudesse realizar correções, e concordando assiná-lo.

As entrevistas foram analisadas a partir da Técnica de Análise de Conteúdo⁹ que é composta por um conjunto de ferramentas metodológicas direcionadas à pesquisa qualitativa. A análise de conteúdo é um conjunto de técnicas de análise das comunicações, visando, por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, obter indicadores quantitativos ou não, que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção (variáveis inferidas) das mensagens.⁹

As entrevistas foram classificadas por categorias, e os participantes desta pesquisa foram citados da seguinte forma: C1 até C7, que é número de pacientes participantes entrevistados e analisados neste estudo, para manter sigilo da identidade dos mesmos. Sendo assim, após eleger as categorias realizou-se a interpretação das informações coletadas.

O estudo aprovado o projeto de pesquisa pelo Comitê de Ética de Pesquisas em Seres Humanos da Universidade Feevale, processo nº. 4.08.03.08.1281. A pesquisa e a inclusão dos sujeitos obedeceram à Resolução nº

196/96 do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde, que dispõe sobre Diretrizes e Normas regulamentares da pesquisa envolvendo seres humanos. Com relação às autorizações dos sujeitos da pesquisa, as mesmas foram obtidas através do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, composto por 2 vias, sendo que uma cópia ficou com a pesquisadora e outra com o paciente. Foi garantida a todos a liberdade de participarem ou não e de desistirem a qualquer momento, sem qualquer prejuízo. Também foram assegurados o sigilo e o anonimato, utilizando nomes fictícios.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A seguir, apresentamos o perfil dos colaboradores e a categoria que surgiu nesta pesquisa, com suas respectivas subcategorias.

Os participantes desta pesquisa eram todos do sexo feminino, com idade entre 54 e 68 anos, que participam de um Grupo de Apoio após concluírem o PRP. Quanto à severidade da doença pela limitação ao fluxo aéreo, avaliado pela espirometria, duas colaboradoras apresentavam Gold 1, duas colaboradoras apresentavam Gold 2, uma colaboradora apresentava Gold 3I e uma colaboradora apresentava Gold 4. Com relação à prática de atividade física, três colaboradoras realizam caminhadas regularmente, 3 vezes por semana e três colaboradoras não realizam nenhuma atividade física. A análise de conteúdo das entrevistas possibilitou a construção de categoria qualidade de vida além de outras seis subcategorias:

♦ Categoria: Qualidade de Vida Satisfação e Bem-Estar

A QV é um conceito intensamente marcado pela subjetividade, envolvendo todos os componentes essenciais da condição humana, quer seja físico, psicológico, social, cultural ou espiritual.¹⁰

É um conceito dinâmico, que se modifica no processo de viver das pessoas. A satisfação com a vida e a sensação de bem-estar pode, muitas vezes, ser um sentimento momentâneo. A conquista de uma vida com qualidade pode ir sendo construída e consolidada, num processo que inclui a reflexão sobre o que é essencial para sua qualidade de vida e o estabelecimento de metas a serem atingidas, tendo como inspiração o desejo de ser feliz.¹¹ Particularmente nas doenças pulmonares crônicas, a qualidade de vida nunca é uma mera consequência da sua gravidade: múltiplos fatores que se inter-relacionam

estão envolvidos neste conceito. A Reabilitação Pulmonar (RP) possibilitou às colaboradoras C3 e C4 a conquista de uma vida com qualidade, como mostram seus depoimentos.

Ter QV envolve a superação e o controle de sentimentos conflitantes que são trazidos pela doença respiratória crônica.¹² A superação e o controle dos sentimentos conflitantes, como cita o autor pode ser observada no depoimento da colaboradora C5.

Abaixo, segue o depoimento sobre a percepção da QV dos colaboradores após a RP:

Ótima, melhorou tudo, minha convivência com a família, com a sociedade, foi uma porta que se abriu [...] Desde que eu comecei aqui, foi em março de ano passado, mudo tudo na minha vida, me eduquei, até na alimentação, mudo tudo. (C3)

Ah, eu acho que eu me sinto muito bem, eu me sentia muito bem, e continuo me sentindo muito bem, tanto emocionalmente como fisicamente, tenho conseguido assim, tirar de letra, foi maravilhoso, foi uma das melhores coisas que me aconteceu. (C4)

Ah, minha vida ficô ótima, muito boa mesmo. (C5)

♦ Subcategoria

• A superação do medo e da insegurança

Insegurança e medo sempre acompanham as doenças crônicas, pois as pessoas se preocupam com o que há de errado com elas, com o desenvolvimento e a evolução da doença, especialmente quando percebem que o tratamento não é efetivo e quando não conseguem manter o controle da situação. O medo é um sentimento de impotência, um ver-se ameaçado por um mal iminente que é mais poderoso que ele próprio.¹²

Viver bem com uma doença crônica é possível, desde que os medos possam ser superados e que a pessoa possa viver com autonomia e que, consciente da realidade, assuma o controle de sua vida.¹² Assim como descreve o autor, segue abaixo o depoimento de superação das pacientes reabilitadas:

Eu era tímida, tinha medo até de falar com as pessoas, medo de embarcar num ônibus, agora hoje não. Hoje eu pego ônibus, eu sinto aquele bom trato das pessoas, graças à Deu. (C3)

Tenho mais tranquilidade, mais confiança. (C5)

Assim, melho o ânimo ([...]) Eu tinha medo, assim oh [...] Isso tudo eu já to melhor, tranquilo. (C6)

◆ Subcategoria

● O retorno à vida social

A fadiga, ou falta de energia, influencia tanto no declínio gradual das atividades físicas, quanto causando irritabilidade e frustração. Além disso, pode provocar afastamento das atividades sociais. Como repercussão do afastamento das atividades sociais, as pessoas podem acabar isolando-se.¹² O corpo é um reflexo da sociedade, não sendo possível conceber processos exclusivamente biológicos, instrumentais ou estéticos no comportamento humano. Ao corpo se aplicam sentimentos, discursos e práticas que estão na base de nossa vida social.¹⁴

Os seres humanos proporcionam uma estimulação sensorial para evitar que a vida seja maçante, oferecem solidariedade, segurança e proteção, o apoio social, facilita realmente a recuperação de uma crise ou de uma doença. As pessoas que valorizam muito as relações sociais ajudam os outros com mais frequência do que, os que colocam mais ênfase em outros valores, tais como, estéticos ou políticos.¹⁵

As colaboradoras deste estudo sentiam-se intimidadas e incomodadas pela condição que se encontravam. Não se permitiam manter uma relação social com as demais pessoas, porém após o PRP, sentem-se mais dispostas a ter novamente uma vida social, como mostra os depoimentos seguintes:

Eu não saía, não fazia nada, agora tomo partido nas coisas, na vida [...] hoje participo do Grupo da 3ª idade, saio mais. (C1)

Hoje converso com as pessoas[...] (C3)

Se agora eu quero saí eu tomo banho me arrumo e tô saindo. (C5)

◆ Subcategoria

● A independência e o desempenho nas AVD's

A incapacidade para a realização de tarefas consideradas simples e corriqueiras, passam a ser extremamente desgastante, sendo fonte de sofrimento e angústia para pacientes portadores de DPOC.¹⁶ A falta de energia para manter suas atividades cotidianas é também destacada, como tendo forte impacto negativo na qualidade de vida dessas pessoas.¹¹

As atividades de vida diária (AVD's) são definidas como tarefas de desempenho ocupacional que a pessoa realiza todos os dias, para preparar ou como adjuntas às tarefas de seu papel. Fazem parte das AVD's: a capacidade do indivíduo vestir-se, alimentar-se, tomar banho, pentear-se, além

de habilidades como: atender telefone, comunicar-se pela escrita, manipular correspondências, dinheiro, livros e jornais, além da própria mobilidade corporal, como: a capacidade de virar-se na cama, sentar-se, mover-se ou transferir-se de um lugar para outro. É importante ressaltar que pacientes com DPOC têm maior dificuldade em realizá-las, sempre proporcional ao comprometimento pulmonar e físico que apresentam.¹⁷ As colaboradoras do estudo relatam algumas AVD's que não realizavam antes do PRP, e que atualmente conseguem realizar, como demonstram alguns depoimentos:

Eu cansava e tinha falta de ar pra limpar a casa, agora não, agora graças a Deus[...] (C2)

Estender a roupa e toma banho também, hoje eu consigo (C5).

Eu tava tão atacada que quando eu ia me deita, toma banho, tinha dias que eu me deitava na cama, quando eu me deitava eu tinha que salta da cama da falta de ar e eu nunca mais tive isso depois que eu comecei o tratamento aqui. (C6)

◆ Subcategoria

● O Lazer

O lazer está relacionado ao ato de viver em liberdade relativa das forças compulsivas externas à cultura de uma pessoa e ambientes físicos, tornando possível agir mediante uma atitude interna de amor, que pessoalmente lhe traga prazer, e proporcione uma base para adoção de novos valores.¹⁸

Se há uma grande semelhança na gênese do lazer e da qualidade de vida é busca da felicidade. Se na objetividade de ambos os construtos - lazer e Qualidade de vida - reside à possibilidade de adesão a um novo estilo de vida, é na subjetividade de cada um que habita a "aderência". Isto é, a adoção de um novo estilo de vida ao longo do tempo, característica essencial para se conseguir vida de qualidade.¹⁹ Para as colaboradoras deste estudo, as pequenas mudanças, são grandes conquistas, a relação lazer e qualidade de vida aparece claramente, como demonstra alguns trechos abaixo:

Olha, pois é[...] hoje eu tô lidando na horta, plantando minhas flor, meus chás, já tô mexendo na terra, antes eu não conseguia, só ficava dentro de casa, passava o inverno todo dentro de casa. Já o ano passado, aquele frio, eu passei o inverno todo caminhando, pra mim foi bom de mais, bom mesmo[...] (C3)

Ah, era caminha[...] hoje eu consigo. (C5)

Assim óh, caminha muito longe, eu não caminhava [...].(C6)

◆ Subcategoria

● Dispneia - o obstáculo vencido

A dispneia é o principal sintoma associado à incapacidade, redução da qualidade de vida e pior prognóstico.³ Geralmente, é observada durante a realização de atividades intensas, porém, para indivíduos com DPOC, essa é uma situação vivida em atividades do dia-a-dia ou até mesmo no repouso, é o principal agente causador do descondicionamento físico e este se deve principalmente à inatividade muscular.²⁰

Corresponde a sensação experimentada pelo paciente quando o ato de respirar passa à esfera da consciência para um esforço desagradável. Havendo, portanto uma dimensão afetiva importante de desagrado, moldadas por fatores cognitivos e contextuais. Essa experiência de falta de ar é extremamente angustiante para o paciente, conduzindo ao medo e a ansiedade que o doente tenta evitar a todo o custo.²⁰⁻² O PRP obteve contribuição importante para as colaboradoras do estudo, em relação à dispneia, como demonstra alguns depoimentos:

Olha, eu falo francamente, eu nem tenho quase falta de ar hoje, eu nem tenho[...], muito difícil eu ter falta de ar. (C2)

Consigo conviver melhor com ela, depois que eu comecei aqui, as professoras me ensinaram a respirar, que eu não sabia respirar. (C3)

Eu praticamente não tenho sentido ainda, mas assim, eu tenho controle já, antes eu corria pra dentro de casa fazer a bombinha, me desesperava, hoje antes eu paro, tento fazer uma respiração correta, e muitas vezes eu tenho conseguido com que não haja a necessidade de fazer a bombinha. (C4)

◆ Subcategoria

● A autoestima recuperada

As doenças crônicas podem interferir na autoestima em razão das alterações do estado emocional, como tristeza, desânimo, desmotivação, nervosismo, aborrecimento, perda de prazer, insegurança, sensação de inutilidade e insatisfação.¹⁰ A colaboradora C5, a partir do seu depoimento, demonstra o quanto sua autoestima estava afetada e o quanto o PRP auxiliou na melhora desta subcategoria.

A pessoa quando se sente incapaz de cuidar de si mesma tem afetada sua autoestima e autoconfiança. Aprender a lidar com a doença através de modificações ou adaptações de seus hábitos é fator essencial para que haja autonomia.¹²

Em outras palavras, a autoestima é a soma da autoconfiança com o autorrespeito.

Refletindo o julgamento implícito da nossa capacidade de lidar com os desafios da vida (entender e dominar os problemas) e o direito de ser feliz (respeitar e defender os próprios interesses e necessidades).²² A colaboradora C4 sente-se mais satisfeita consigo mesma, depois do PRP, como demonstra seu depoimento.

Quanto maior for a nossa autoestima, mais alegrias teremos, pelo simples fato de ser, de despertar pela manhã, de viver dentro de nossos próprios corpos. São essas as recompensas que nossa autoconfiança e nosso autorrespeito nos oferecem.²² A colaboradora C6 demonstra nos seu depoimento as mudanças.

Ah! Hoje sou bem dizer gente[...] Me sinto uma menina, tenho vontade de me arrumar, mudo tudo mesmo. (C3)

Eu tinha preconceito contra mim mesma, né, eu me via muito mal, hoje já me aceito, sei das minhas limitações, procuro dentro disso desenvolver as minhas atividades, é tranquilo [...] eu me sinto mais feliz, mais pra cima, tranquilamente, muito mais, mesmo. (C4)

Tenho mais disposição[...]mais alegre, mais tranquila. (C5)

Pode-se perceber que os pacientes reabilitados que participaram desta pesquisa expressaram melhoras perante a sua QV. Deparar-se de repente com o sentimento de medo, sentir-se constrangido a ponto de isolar-se, não conseguir realizar nem as tarefas diárias mais básicas, é um choque emocional muito grande. As entrevistas demonstram sentimentos de fragilidade, de inutilidade e dependência. Porém, esta barreira foi vencida, a participação no PRP modificou suas vidas.

CONCLUSÃO

Foi possível verificar que, após o PRP os pacientes voltaram a realizar suas AVD como: tomar banho sozinho, limpar a casa e estender a roupa de maneira independente, recuperam a autoestima, superaram o medo e a insegurança, venceram a vergonha, voltaram a ter vida social e possuem maior controle frente à dispneia, e estas mudanças citadas, são mais que conquistas, são vitórias.

Concluiu-se também que, certamente o sucesso da RP na vida destes pacientes deve-se ao fato do programa ser interdisciplinar, ocorrendo assim trocas de informações entre os diversos profissionais da área da saúde que atuam no PRP, contribuição importante para a reabilitação destes pacientes.

O trabalho também tem sua importância para os profissionais da área da saúde, que

sempre querem o maior nível de independência para os pacientes, visando uma melhor qualidade de vida para os mesmos. Pois os pacientes que participaram de um PRP, geralmente encontram-se com condicionamento físico melhor e emocionalmente estável, aspectos relevantes quando recebemos portadores de DPOC.

Sendo assim, somente o depoimento dos participantes pôde mostrar o quanto o PRP mudou suas vidas e mais do que isso proporcionou uma melhora importante na percepção da sua qualidade de vida.

REFERÊNCIAS

1. Gold. Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease 2011. GOLD Report [Internet] 2011. [cited 2012 feb 10] Available from: www.goldcopd.com
2. Godoy DV, Godoy RF. Redução nos níveis de ansiedade e depressão de pacientes com doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC) participantes de um programa de reabilitação pulmonar. J Bras Pneumol [Internet]. 2002 [cited 2012 Oct 03];28(3): 120-24. Available from: http://www.jornaldepneumologia.com.br/pdf/2002_28_3_2_portugues.pdf.
3. II Consenso Brasileiro de Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica. J Bras Pneumol [Internet]. 2004 [cited 2012 Oct 03];30(5):01-41. Available from: http://www.jornaldepneumologia.com.br/pdf/suple_124_40_dpoc_completo_finalimpresso.pdf.
4. Godoy DV, Godoy RF, Becker Júnior B, Vaccari PF, Michelli M, Teixeira PJZ et al. O efeito da assistência psicológica em um programa de reabilitação pulmonar para pacientes com doença pulmonar obstrutiva crônica. J Bras Pneumol [internet]. 2005;31(6):449-505. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1806-37132009000200005&lng=en&nrm=iso&tlng=en
5. Neto JCM, Amaral R. Reabilitação pulmonar e qualidade de vida em pacientes com DPOC. Lato & Sensus. 2003; 4(1): 3-5.
6. Zanchet RC, Viegas CAA, Lima T. A eficácia da reabilitação pulmonar na capacidade de exercício, força da musculatura inspiratória e qualidade de vida de portadores de doença pulmonar obstrutiva crônica. J Bras Pneumol [Internet]. 2005 [cited 2012 Oct 03];31(2):118-24. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/jbpneu/v31n2/24341.pdf>
7. Atalaia H. Intervenção da Fisioterapia em Utentes com Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC). EssFisiOnline [Internet]. 2007 [cited 2012 Oct 03]; 3(2):28-40. Available from: <http://bdigital.ufp.pt/handle/10284/3041>.
8. Ramos-Cerqueira ATA, Crepaldi AL. Qualidade de vida em doenças pulmonares crônicas: aspectos conceituais e metodológicos. J Bras Pneumol [Internet]. 2000 [cited 2012 Oct 03]; 26(4): 207-13. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-35862000000400008
9. Bardin, L. Análise de Conteúdo. Portugal: Edições; 2004.
10. Martins LM, França APD, Kimura M. Qualidade de vida de pessoa com doença crônica. Rev Latino-Am Enfermagem [Internet]. 1996 [cited 2012 Oct 03]; 4(3):5-18. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-11691996000300002&script=sci_arttext
11. Minayo MCS, Hartz ZMA, Buss PM. Qualidade de vida e saúde: um debate necessário. Ciênc. saúde coletiva [Internet]. 2000 [cited 2012 Oct 03];5(1):7-18. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232000000100002&script=sci_arttext.
12. Vieira da Silva DMG, Souza SS, Francioni FF, Meirelles BHS. Qualidade de vida na perspectiva de pessoas com problemas respiratórios crônicos: a contribuição de um grupo de convivência. Rev Latino-Am Enfermagem [Internet]. 2005 [cited 2012 Oct 03]; 13(1):7-14. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-11692005000100002&script=sci_arttext
14. Alves PC, Minayo MCS. Saúde e Doença - um olhar antropológico. Rio de Janeiro: FIOCRUZ; 1994.
15. Davidoff L. Introdução à psicologia. 3rd ed. São Paulo: Makron Books; 2006.
16. Kerkoski E, Borenstein MS, Gonçalves LO, Francioni FF. Grupo de convivência com pessoas com Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica: sentimentos e expectativas. Rev Texto & Contexto - Enfermagem [Internet]. 2007 [cited 2012 Oct 03];16(2):225-32. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v16n2/a03v16n2>.
17. Velloso M, Jardim JR. Funcionalidade do paciente com doença pulmonar obstrutiva crônica e técnicas de conservação de energia. J Bras Pneumol [Internet]. 2006 [cited 2012 Oct 03];32(6):580-86. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/jbpneu/v32n6/a17v32n6.pdf>.

Canterle DB, Santos MB dos, Costa CC da et al.

Repercussões tardias na qualidade de vida de portadores...

18. Goodale T, Godbey G. The evolution of leisure. State College (EUA): Venture Publishing, 1988.
19. Gonçalves, A; Vilarta, R. Qualidade de vida e atividade física - explorando teorias e práticas. Barueri (SP): Manole; 2004.
20. Simon KM, Hass AP, Zimmermman JL, Carpesl MF. Índice Prognóstico de Mortalidade *BODE* e Atividade Física em Doentes Pulmonares Obstrutivos Crônicos. Rev Bras Med Esporte [Internet]. 2009 [cited 2012 Oct 03]; 15(1):19-24. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rbme/v15n1/04.pdf>.
21. Jerman, A, Haaggerty, MC. Relaxation and Biofeedback: Coping Skills training In: Casaburi R. Petty TL. Principes and Practice of Pumonary Rehabilitation. Pensylvania: W.B. Saunders Company; 1993. p. 366-81.
22. Branden N. Auto-estima: como aprender a gostar de si mesmo. São Paulo (SP): Saraiva; 1999.

Submissão: 05/07/2013

Aceito: 06/12/2014

Publicado: 15/01/2015

Correspondência

Dáverson Bordin Canterle

Rua Caeté, 200 / Ap. 34

Bairro Vila Rosa

CEP 93315100 – Novo Hamburgo (RS), Brasil