Impacto das atividades na autoestima dos pacientes em um programa de reabilitação pulmonar

Impact of activities in self-esteem of patients in a pulmonary rehabilitation program

Juliana Nascimento de Oliveira¹, Cecília Melo Rosa Tavares¹, Selma Denis Squassoni¹, Nadine Cristina Machado¹, Priscila Kessar Cordoni¹, Luciene Costa Bortolassi¹, Mônica Silveira Lapa¹, Elie Fiss¹

RESUMO

Objetivo: Avaliar a autoestima e a autoimagem de pacientes com doenças respiratórias de um Programa de Reabilitação Pulmonar, que participaram de atividades de socialização e de treinamento físico e de pacientes que participaram apenas de treinamentos físicos. **Métodos:** Estudo exploratório descritivo e transversal. Foram analisados 60 pacientes, todos incluídos em um Programa de Reabilitação Pulmonar. Destes, 42 participaram de pelo menos uma das atividades propostas, 10 não participaram das atividades e 8 foram excluídos (7 tiveram alta e 1 faleceu), não respondendo ao questionário de autoimagem e autoestima. **Resultados:** Quando comparados os dois grupos, apesar de ambos terem apresentado autoestima e autoimagem baixas, a diferença entre eles foi significativa ($p < 0,05$) com relação à autoestima: aqueles que participaram de atividades de socialização propostas pela equipe tiveram autoestima melhor que a dos sujeitos que participam apenas do treinamento físico. Já quanto à autoimagem, a diferença entre os grupos não foi significativa ($p > 0,05$). **Conclusão:** Os pacientes do Programa de Reabilitação Pulmonar avaliados apresentaram baixas autoestima e autoimagem, porém aqueles que realizaram alguma atividade de socialização proposta tiveram a autoestima maior comparada à dos que fizeram apenas o treinamento físico.

Descritores: Pneumopatias/reabilitação; Autoimagem; Socialização; Idoso

ABSTRACT

Objective: To evaluate self-esteem and self-image of respiratory diseases patients in a Pulmonary Rehabilitation Program, who participated in socialization and physical fitness activities, and of patients who participated only in physical fitness sessions. **Methods:** A descriptive cross-sectional exploratory study. Out of a total of 60 patients analyzed, all enrolled in the Pulmonary Rehabilitation Program, 42 participated in at least one of the proposed activities,

10 did not participate in any activity and 8 were excluded (7 were discharged and 1 died). **Results:** When the two groups were compared, despite the fact that both demonstrated low self-esteem and self-image, the difference between them was relevant ($p < 0.05$) regarding self-esteem, indicating that those who participated in the proposed socialization activities had better self-esteem than the individuals who only did the physical fitness sessions. Regarding self-image, the difference between the groups was not relevant ($p > 0.05$). **Conclusion:** The Pulmonary Rehabilitation Program patients evaluated presented low self-esteem and self-image; however, those carrying out some socialization activity proposed had better self-esteem as compared to the individuals who did only the physical fitness sessions.

Keywords: Lung diseases/rehabilitation; Self concept; Socialization; Aged

INTRODUÇÃO

As doenças respiratórias crônicas (DRC) são patologias tanto das vias aéreas superiores como das inferiores. A asma e a doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC) são as mais comuns e representam um dos maiores problemas de saúde mundialmente. A Organização Mundial da Saúde (OMS) e o Banco Mundial estimam que 4 milhões de indivíduos com DRC possam ter morrido prematuramente em 2005.⁽¹⁾

Essas patologias trazem como consequência alterações da função pulmonar, dispneia e disfunção dos músculos esqueléticos periféricos. Tais fatores levam à intolerância ao exercício e à piora progressiva do condicionamento físico, chegando a limitar as Atividades de Vida Diária (AVDs). A incapacidade física, a perda de produtividade e a piora da qualidade de vida agra-

¹ Faculdade de Medicina do ABC, Santo André, SP, Brasil.

Autor correspondente: Selma Denis Squassoni – Centro de Reabilitação Pulmonar da Faculdade de Medicina ABC – Avenida Príncipe de Gales, 821 – Príncipe de Gales – CEP: 09060-650 – Santo André, SP, Brasil – Tel.: (11) 4438-3558 – E-mail: selma_denis@yahoo.com.br

Data de submissão: 30/6/2014 – Data de aceite: 6/2/2015

Conflitos de interesse: não há.

DOI: 10.1590/S1679-45082015AO3209

vam-se substancialmente com a progressão da doença, o que pode causar isolamento social, ansiedade, depressão e dependência, que estão muitas vezes associados à perda da autoestima. Além disso, esses pacientes frequentemente apresentam alterações no peso e na composição corporal, fatores que também podem contribuir para sua limitação física e de autoimagem.⁽²⁾

Um dos tratamentos para as DRC é o Programa de Reabilitação Pulmonar (PRP), que foi definido pela *American Thoracic Society* (ATS) e pela *European Respiratory Society* (ERS) como uma abrangente intervenção multidisciplinar baseada em evidências para pacientes sintomáticos com DRC e cujas AVDs comumente foram reduzidas.⁽³⁾ Os objetivos do PRP são: controlar os sintomas, e melhorar a habilidade de realizar as atividades cotidianas, o desempenho nos exercícios e a qualidade de vida.⁽⁴⁻⁶⁾

No geral, os PRPs envolvem protocolos de treinamento físico,⁽⁷⁾ porém atividades de socialização (AS) podem fazer parte complementar do PRP. Essas atividades atuam como forma de dizer da condição humana, promovendo trocas sociais e rompendo com o isolamento e as invalidações dos sujeitos, auxiliando no cuidado do cotidiano, permitindo aos sujeitos agirem sobre seu próprio meio, e fornecendo experiências e vivências.⁽⁸⁾

No PRP da Faculdade de Medicina do ABC (FMABC), algumas AS foram propostas, além do treinamento físico. Entre elas, palestras educativas relacionadas às DRC, coral, passeio à praia com atividades dirigidas como *surf* e caminhada, oficina de reciclagem e festas culturais (junina e confraternização de fim de ano, por exemplo).

Essas AS fazem parte de um projeto denominado “Superação”, que visa ao enfrentamento de situações não tão habituais aos pacientes, mas que potencializam sua autoconfiança, autoimagem e autoestima. Nelas, foram identificados hábitos e valores característicos, que os ajudam no desenvolvimento de sua personalidade e na integração de seu grupo, tornando-os sociáveis – hábitos estes que não são inatos, “em estado de isolamento social, o indivíduo não é capaz de desenvolver um comportamento humano, pois este deve ser aprendido ao longo de suas interações com os grupos sociais”,⁽⁹⁾ e ampliando o engajamento do paciente frente ao programa/processo de reabilitação. A literatura confirma a melhora na autoestima, na qualidade de vida e dos componentes emocionais da condição de saúde, além da redução da ansiedade e da depressão após um PRP.^(10,11)

A autoestima é definida como o grupo de atitudes que uma pessoa tem sobre si mesma, incluindo a avaliação subjetiva que faz de si e a maneira de ser, segundo a qual o indivíduo tem ideias positivas ou negativas sobre si mesmo. A autoimagem surge na interação com seu

meio social, consequência do estabelecimento das relações com os demais e consigo mesmo, sendo composta por uma organização que a pessoa faz de si, com uma parte mais real e outra mais subjetiva. Ambas, autoestima e autoimagem, sugerem interinfluências constantes que nos levam a nos entender e a entender os outros, de modo mais real possível é na alteridade que se realiza o ato da vida.^(10,12-14)

Esta pesquisa visou avaliar os efeitos que as AS junto ao PRP têm sobre os sujeitos atendidos. Não foram encontrados na literatura estudos dos efeitos dessas AS sobre autoestima e autoimagem de pacientes em PRP.

OBJETIVO

Avaliar a autoestima e a autoimagem de pacientes com doenças respiratórias de um Programa de Reabilitação Pulmonar, que participaram de atividades de socialização e de treinamento físico e de pacientes que participaram apenas de treinamentos físicos.

MÉTODOS

Estudo transversal com amostra de 52 pacientes selecionados por conveniência no mês de junho e julho de 2014, do Ambulatório de Reabilitação Pulmonar da FMABC. Foram critérios de inclusão no estudo ser pneumopata crônico; estar em tratamento no período de aplicação do questionário; e concordar em participar do estudo, assinando o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Estar de alta do programa no período deste estudo, mesmo que tenha participado das AS propostas, foi critério de exclusão.

Para a identificação dos sujeitos da pesquisa, foi elaborada uma entrevista estruturada, que identificou a participação ou não nas AS, e que apurou a percepção dos sujeitos relacionando as AS com sua autoestima.

Para avaliar a autoimagem e a autoestima, foi utilizado o questionário de Steglich⁽¹⁵⁾ composto por 78 questões, adaptado por Safons,⁽¹⁶⁾ que organizou dois questionários compostos por 15 questões cada, sendo um relativo à autoimagem e outro à autoestima, utilizando a metodologia por tendência. Os itens de 1 a 15 do questionário 1 dizem respeito à autoimagem, e os itens de 1 a 15 do questionário 2, à autoestima. Dessa forma, para avaliar as variáveis autoestima e autoimagem como alta ou baixa, foi estabelecido um ponto de corte seguindo essa classificação: a autoestima baixa somou de 15 a 59 pontos; autoestima alta, de 60 a 75 pontos; autoimagem baixa, de 15 a 59 pontos; e autoimagem alta, de 60 a 75 pontos.

Os selecionados responderam as entrevistas e os questionários de autoimagem e autoestima individual-

mente em consultório durante o período do PRP. Cada AS foi desenvolvida de uma a duas vezes por ano, de 2012 a 2014.

Todos os pacientes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, de acordo com aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da FMABC, CAAE: 31586114.2.0000.0082, em 25 de junho de 2014.

Após aplicação dos questionários, todos os dados obtidos foram organizados na planilha eletrônica do Excel for Windows 2010. Foram calculadas as estatísticas descritivas, média e desvio padrão para as variáveis idades e de participação nas AS.

Para a análise estatística, foi utilizado o *software GraphPad Prism 5 for Windows*. Para a análise da homogeneidade da amostra, utilizou-se o teste U de Mann-Whitney. O teste *t* de Student foi utilizado para avaliar a resposta dos pacientes aos questionários de autoestima, comparando-os. Para aqueles resultados em que a distribuição não era normal, foi utilizado o teste de Mann-Whitney. O nível de significância utilizado para os testes foi de $p < 0,05$.

RESULTADOS

O perfil clínico e sociodemográfico dos 52 pacientes (30 homens e 22 mulheres) está detalhado na tabela 1.

O primeiro grupo realizou AS, participando de palestras educativas relacionadas às DRC, coral, passeio à praia com atividades dirigidas como *surf* e caminhada, oficina de reciclagem e festas culturais (junina e confraternização de fim de ano). Na comparação dos questionários (Tabelas 2 e 3), os resultados obtidos da amostra geral da autoestima e da autoimagem foram baixos, com média $54,94 \pm 9,12$ pontos. A tabela 2 descreve separadamente os grupos quanto à autoestima e a tabela 3, quanto à autoimagem.

Tabela 1. Características demográficas da amostra

Sexo	
Masculino	30
Feminino	22
Idade geral	
Média	65,63
Desvio padrão	11,16
Pneumopatias	
Asma	1
DPOC	46
Fibrose pulmonar	3
Hipertensão pulmonar	1
Sequela de tuberculose	1
Atividades propostas	
Participaram	42
Não participaram	10

DPOC: doença pulmonar obstrutiva crônica.

Tabela 2. Comparações dos resultados do questionário de autoestima

Atividades de socialização	Média	Desvio padrão	Valor de p
Participante	57,85	10,82	0,0328
Não participante	53,9	12,64	

Tabela 3. Comparações dos resultados do questionário de autoimagem

Atividades de socialização	Média	Desvio padrão	Valor de p
Participante	55,78	7,9	0,1849
Não participante	51,4	13	

Quando comparados os dois grupos, apesar de ambos terem apresentado autoestima e autoimagem baixas, a diferença entre eles foi significativa com relação à autoestima, o que indicou que aqueles que participaram de alguma das AS propostas pela equipe tinham autoestima melhor que os sujeitos que participaram apenas do treinamento físico. Quanto à autoimagem, a diferença entre os grupos não foi significativa.

A distribuição de participação nas AS no PRP dos 42 pacientes está descrita na tabela 4. Quando questionados em entrevista sobre a contribuição destas AS à autoestima, 40 (95,24%) pacientes, dos 42 que participaram das atividades além do treinamento físico, afirmaram que houve contribuição e apenas 2 (4,76%) disseram que não houve. Destes 40 pacientes, 25 comentaram suas respostas, sendo que 15 pacientes afirmaram que o principal benefício foi o convívio com outros sujeitos, que melhorou sua participação social; os outros 10 relataram melhora de disposição e aprendizados.

A distribuição de participação nas AS independente do PRP (Tabela 5) dos 52 pacientes foi a seguinte: dos 52 pacientes estudados, 32 (61,33%), no geral, não participaram de nenhuma dessas atividades fora do PRP e 20 (38,47%) participaram pelo menos de uma delas.

Tabela 4. Distribuição da participação nas atividades de socialização no Programa de Reabilitação Pulmonar

Atividade	Sim	Não
Palestras educativas	26	16
Coral	28	14
Oficina de reciclagem	22	20
Passeio à praia	25	17
Festas culturais	24	18
Contribuição na autoestima	40	2

Tabela 5. Distribuição da participação nas atividades de socialização fora do Programa de Reabilitação Pulmonar

Atividade	Sim	Não
Palestras educativas	8	44
Coral	2	50
Oficina de reciclagem	1	51
Passeio à praia	18	34
Festas culturais	15	37

DISCUSSÃO

Nossos dados demonstraram melhora na autoestima dos pacientes que realizaram AS juntamente do treinamento físico do PRP, em comparação aos pacientes que não participaram das AS. Já a autoimagem não apresentou alteração na comparação dos grupos.

Nesta amostra, os participantes submetidos ao PRP apresentaram baixas autoestima e autoimagem. A importância dessa verificação se deu pela existência de uma carência de produções que abordem a temática proposta⁽¹⁶⁾ e pelo fato de uma autoestima elevada indicar que os sujeitos se consideram pessoas de valor, respeitando-se por aquilo que são, e não se sentindo, necessariamente, superiores aos outros. Por outro lado, a baixa autoestima demonstra desvalorização, insatisfação e falta de respeito por si mesmo. A avaliação do autoconceito é parte integrante da autoestima. Enquanto o autoconceito constitui as diferentes percepções que os indivíduos apresentam sobre suas características pessoais, a autoestima se caracteriza pela avaliação positiva ou negativa que as pessoas fazem dessas mesmas qualidades.^(17,18) Assim, percebe-se a relevância de promover AS que possam trabalhar e contribuir para o paciente ressignificar⁽¹⁹⁾ essas autoimagem e autoestima.

No geral, nossas AS são práticas novas na atuação de tratamento para pneumopatas crônicos. Estudo realizado por Guedes et al.⁽²⁰⁾ com população idosa evidenciou que os trabalhos manuais fortaleceram a autoimagem do idoso, por meio da concretização dos trabalhos, assim como a socialização, que minimiza eventuais impactos decorrentes do envelhecimento e até mesmo permite surgir habilidades artísticas e seu aprimoramento, concluindo que socialização é benéfica.

No presente estudo, mesmo com o resultado dos questionários demonstrando autoestima e autoimagem baixas, os pacientes relataram, na entrevista estruturada, que as AS contribuíram para a melhora da autoestima. Este estudo se baseou em uma única aplicação do questionário de autoimagem e autoestima, e seu resultado retratou como os pacientes estavam naquele momento. Já a entrevista possibilitou verificar, do ponto de vista do paciente, como ele se sentia com relação ao processo, como estava antes e no momento em que era entrevistado, deixando claro que, na percepção dos pacientes, as AS contribuíram para sua autoestima.

A entrevista estruturada sugeriu que a maioria da população estudada não realizou AS independente do PRP, porém a participação no PRP⁽¹¹⁾ já favoreceu a inclusão social. Além da parte física, o PRP também influencia positivamente em morbidades psicossociais, como ansiedade, depressão, estilos de personalidade como introversão, sensibilidade, força, somatização e hostilidade.⁽²⁰⁾

Outro dado deste estudo foi que a amostra foi formada por uma população idosa.⁽²¹⁾ A imagem corporal dos idosos ajusta-se gradualmente ao corpo, durante o processo de envelhecimento, porém pode sofrer alterações, devido aos comprometimentos patológicos ou a distúrbios da motivação, que podem afetar alterações no movimento. Neste estudo, confirmou-se a autoimagem baixa dos pneumopatas crônicos. Considera-se que pessoas idosas, por motivos diversos, não conseguem encontrar novas formas de conviver com essas transformações e acabam limitando suas possibilidades de comunicação e expressão, o que pode gerar algum tipo de alteração na forma como veem e sentem seu corpo, ou seja, em sua imagem corporal.^(22,23)

Estudos revelaram que, na velhice, há tendência à modificação da autoimagem, tornando-a menos positiva, e motivo dessa mudança é ainda ignorado.⁽²⁴⁾ As modificações estão interligadas, sendo dependentes uma da outra e variam de acordo com o sexo, refletindo os papéis sociais ocupados pelo indivíduo.⁽²⁵⁾ Esta pesquisa não se ateve aos sexos, e sim aos fatores patológicos e da idade.

Foram considerados aspectos limitantes ao estudo: AS pontuais (ocorreram em média de uma ou duas vezes no ano); idade média de idosos que independente das doenças pulmonares geralmente apresenta autoestima baixa;⁽²⁴⁾ o número de pacientes que não participaram das AS foi menor em relação ao que participou (para o programa isso é positivo, pois demonstra que a maioria aderiu às AS); o instrumento utilizado foi o questionário de autoimagem e autoestima, adaptado por Safons, a partir da versão desenvolvida por Luiz Alberto Steglich em 1978.^(15,16)

CONCLUSÃO

Pacientes avaliados do Programa de Reabilitação Pulmonar apresentaram baixas autoestima e autoimagem, porém aqueles que realizaram alguma atividade de socialização tiveram a autoestima maior comparados àqueles que fizeram apenas o treinamento físico.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Cadernos de Atenção Básica. Doenças respiratórias crônicas. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2010.
2. Zanchet RC, Viegas CA, 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*. 2005;31(2):118-24.
3. Nici L, Donner C, Wouters E, Zuwallack R, Ambrosino N, Bourbeau J, et al. American Thoracic Society/European Respiratory Society Statement on Pulmonary Rehabilitation. *Am J Respir Crit Care Med*. 2006;173(12):1390-413.

4. Global Strategy for the Diagnosis, Management, and Prevention of Chronic Obstructive Pulmonary Disease, 2011 [Internet]. [citado 2015 Fev 26]. Disponível em: <http://www.goldcopd.org/uploads/users/files/GOLD_Report_2011_Feb21.pdf>
5. Rabe KF, Hurd S, Anzueto A, Barnes PJ, Buist SA, Calverley P, Fukuchi Y, Jenkins C, Rodriguez-Roisin R, van Weel C, Zielinski J; Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease. Global strategy for the diagnosis, management, and prevention of chronic obstructive pulmonary disease: GOLD executive summary. *Am J Respir Crit Care Med*. 2007;176(6):532-55. Review.
6. Troosters T, Casaburi R, Gosselink R, Decramer M. Pulmonary rehabilitation in chronic obstructive pulmonary disease. *Am J Respir Crit Care Med*. 2005;172(1):19-38. Review.
7. Maia EC, Pinheiro NA, Silva SC, Barreto Filho FS, Navarro F, Oliveira Junior MR. Protocolos clínicos de reabilitação pulmonar em pacientes com DPOC. *Saúde Rev*. 2012;12(32):55-67.
8. Castro ED, Lima EM, Brunello MI. Atividades humanas e terapia ocupacional. In: de Carlo MM, Bartolotti CC. *Terapia ocupacional no Brasil. Fundamentos e perspectivas*. São Paulo: Plexus; 2001. p. 41-59.
9. Silva AO, Batalha EC, Pinto TM, Silva CF, Pereira JR, Nascimento VL, et al. Estratégias de socialização: a forma mais eficaz para a integração entre indivíduo e organização. Simpósio de Excelência em Gestão e Tecnologia [Internet]. Rio de Janeiro, Brasil [citado 2014 Jul]. Disponível em: http://www.aedb.br/seget/arquivos/artigos08/584_Estrategias%20de%20Socializacao.pdf
10. British Thoracic Society Standards of Care Subcommittee on Pulmonary Rehabilitation. Pulmonary rehabilitation. *BTS Statement. Thorax*. 2001;56(11):827-34. Review.
11. Neder JA, Nery LE, Filha SP, Ferreira IM, Jardim JR. Reabilitação pulmonar: fatores relacionados ao ganho aeróbio de pacientes com DPOC. *J Bras Pneumol*. 1997;23(3):115-23.
12. Dini GM, Quaresma MR, Ferreira IM. Adaptação cultural e validação da versão brasileira da escala de auto-estima de Rosenberg. *Rev Soc Bras Cir Plást*. 2004;19(1):41-52.
13. Lima EM, Okuma DG, Pastore MN. Atividade, ocupação, fazer e ação: a discussão dos termos e dos campos das atividades humanas na Terapia Ocupacional brasileira. *Cad Ter Ocup*. 2013;21(2):243-54.
14. Mosquera JJ, Stoubäss CD. Auto-imagem, auto-estima e auto-realização: qualidade de vida na universidade. *Psicologia, Saúde e Doenças*. 2006;7(1):83-8.
15. Steglich LA. Terceira idade, aposentadoria, autoimagem e autoestima [dissertação]. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 1978.
16. Safons MP. Contribuições da atividade física para a melhoria da auto-imagem e auto-estima de idosos. *Rev Digital [Internet]*. 2000 [citado 2014 Out];5(22): [cerca de 4 telas]. Disponível em: www.efdeportes.com/efd22/idosos.htm
17. Mendes AR, Dohms KP, Lettinin C, Zacharias J, Mosquera JJ, Stobäus CD. Autoimagem, autoestima e autoconceito: contribuições pessoais e profissionais na docência [Internet]. In: IX ANPEDSUL Seminário de Pesquisa em Educação da Região Sul 2012. [citado 2014 Jun 18]. Disponível em: <http://www.uces.br/etc/conferencias/index.php/anpedsul/9anpedsul/paper/viewFile/724/374>
18. Santos PJ, Maia J. Análise factorial confirmatória e validação preliminar de uma versão portuguesa da escala de auto-estima de Rosenberg. *Psicologia: Teoria, Investigação e Prática*. 2003;2:253-68.
19. Gaspari JC, Schwartz GM. O idoso e a ressignificação emocional do lazer. *Psic Teor e Pesq Brasília*. 2005;21(1):069-076.
20. Guedes MA, Guedes HM, Almeida ME. Efeito da prática de trabalhos manuais sobre a autoimagem de idosos. *Rev Bras Geriatr Gerontol*. 2011;14(4):731-42.
21. Güell R, Resquetti V, Sangenis M, Morante F, Martorell B, Casan P, et al. Impact of pulmonary rehabilitation on psychosocial morbidity in patients with severe COPD. *Chest*. 2006; 129(4):899-904. Erratum in: *Chest*. 2007;132(2):738.
22. Brasília (DF). Estatuto do idoso: Lei Federal nº 10.741, de 1 de outubro de 2003. Secretaria Especial dos Direitos Humanos; 2004.
23. Balestra CM. A imagem corporal de idosos praticantes e não praticantes de atividades físicas [dissertação]. Campinas (SP): Universidade Estadual de Campinas; 2002.
24. Monteiro PP, editor. *Envelhecer – Histórias Encontros Transformações*. Belo Horizonte: Autêntica; 2001.
25. Fraquelli AA. Relação entre auto-estima, auto-imagem e qualidade de vida em idosos participantes de uma oficina de inclusão digital. [dissertação]. Porto Alegre (RS): Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul; 2008.