

Universidade do Vale do Rio dos Sinos
Programa de Pós-Graduação em Psicologia
Mestrado em Psicologia
Linha de Pesquisa: Processo de Saúde-Doença em Contextos Institucionais

Viviane Altenhofen

A Percepção da Doença em Pacientes Cardíacos

Orientadora:
Profa. Dra. Elisa Kern de Castro

São Leopoldo, agosto de 2015

VIVIANE ALTENHOFEN

A Percepção da Doença em Pacientes Cardíacos

Dissertação apresentada como exigência parcial para obtenção do título de Mestre em Psicologia do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade do Vale do Rio dos Sinos – UNISINOS.

Orientadora:
Dra. Elisa Kern de Castro

São Leopoldo, agosto de 2015

FICHA CATALOGRÁFICA

A466p Altenhofen, Viviane
 A percepção da doença em pacientes cardíacos / Viviane
 Altenhofen. – 2015.
 75 f. : il.

Dissertação (mestrado) – Universidade do Vale do Rio dos
Sinos, Programa de Pós-Graduação em Psicologia, São Leopoldo,
RS, 2015.

“Orientadora: Profa. Dra. Elisa Kern de Castro”

1. Doenças cardíacas. 2. Percepção da doença. 3. Modelo de
senso comum. 4. Psicologia. I. Título.

CDU 159.9

Catlogação na Fonte:
Bibliotecária Mariana Dornelles Vargas – CRB 10/2145

Quatro são os fundamentos da ignorância humana: a confiança em autoridade inadequada, a força do costume, a opinião da massa carente de experiência e a tendência a ocultar a própria ignorância atrás de sabedoria superficial.

Roger Bacon, 1214-1294

AGRADECIMENTOS

Agradeço aos Pacientes do Centro de Cardiologia do Hospital Bruno Born por terem aceitado participar desta pesquisa e torná-la possível.

Aos profissionais do Centro de Ensino e Pesquisa (CENEPE) do Hospital Bruno Born, em especial à Renata, por ter acolhido esta proposta e aceitado a realização dessa pesquisa no Centro de Cardiologia do Hospital.

Aos Enfermeiros da Hemodinâmica, Juliani e Adelar, pela disponibilidade e apoio para a realização dessa pesquisa.

À minha orientadora, Profa. Elisa, por ter me recebido junto ao seu grupo de pesquisa e ter me proporcionado o contato com tantas experiências ricas no campo da pesquisa. Obrigada pela disponibilidade e, principalmente, por sempre ter sido muito franca comigo, impulsionando-me a superar minhas dificuldades. O seu conhecimento e sua forma de trabalhar a Ciência, desde a época de graduação, sempre foram um exemplo para mim. Você foi muito importante nesta minha caminhada e sempre lhe serei muito grata por isso.

À Ana Carolina, pelas reflexões acerca deste trabalho e pelas dicas fornecidas em torno dessa temática. Suas considerações tiveram um peso muito importante durante a elaboração deste estudo. Sinto-me muito feliz por ter compartilhado comigo um pouquinho do seu conhecimento.

Às professoras do Programa de Pós-Graduação em Psicologia, da Unisinos, por terem me proporcionado tantas aprendizagens durante estes mais de dois anos.

Às queridas bolsistas, Maria Júlia e Luíza, por terem sempre me ajudado quando precisei e pelas ideias discutidas em prol da minha pesquisa. Em especial, à Natália, por ter colaborado com as buscas de estudos para o meu artigo de Revisão Sistemática.

À querida Karla Rafaela por ter me ajudado com as análises estatísticas. Agradeço pela paciência e pela boa vontade de estar sempre contribuindo.

Agradeço à minha família pelo incentivo e apoio às minhas escolhas.

Ao meu namorado, Diego, pelo apoio e pela parceria. Muito obrigada por estar ao meu lado, no final desta caminhada, valorizando e acreditando nos meus projetos.

À Fabi, minha querida amiga e colega, pela motivação e pelo carinho. Obrigada por ter dividido comigo muitos momentos importantes desta etapa e pelos momentos de descontração que tivemos nestes últimos tempos.

Por fim, agradeço aos meus colegas que me proporcionaram tantas trocas de experiências e tantos momentos descontraídos. Vou levar muitas lembranças boas de cada um de vocês.

SUMÁRIO

RESUMO.....	6
ABSTRACT	7
APRESENTAÇÃO	8
1 Seção I - Percepção da doença em pacientes cardíacos: uma revisão sistemática 10	
1.1 Introdução	10
1.2 Método.....	13
1.2.1 Protocolo e registro.....	13
1.2.2 Critérios de elegibilidade.....	13
1.2.3 Fontes de informação.....	14
1.2.4 Estratégia de pesquisa.....	14
1.2.5 Seleção dos estudos e avaliação de qualidade	14
1.2.6 Síntese dos dados e análise	15
1.3 Resultados e Discussão.....	16
1.3.1 Limitações dos estudos incluídos na revisão sistemática	30
1.4 Conclusão	32
Referências	33
2 Seção II – A percepção da doença em pacientes cardíacos.....	41
2.1 Introdução.....	41
2.2 Método.....	44
2.2.1 Participantes.....	44
2.2.2 Instrumentos	45
2.2.3 Procedimentos e delineamento	47
2.2.4 Análise dos dados	47
2.3 Resultados.....	48
2.3.1 Análises descritivas	48
2.3.1.1 <i>Dados Sociodemográficos e Clínicos da Amostra</i>	48
2.3.1.2 <i>Percepção da doença cardíaca</i>	48
2.3.1.3 <i>Causas atribuídas à doença cardíaca</i>	50
2.3.1.4 <i>Causas atribuídas ao diagnóstico cardíaco</i>	51
2.3.1.5 <i>Percepção sobre as informações dadas no diagnóstico a partir das dimensões do MSC</i>	52
2.3.1.6 <i>Correlações entre as dimensões da percepção da doença do paciente e as dimensões da percepção da doença na comunicação no diagnóstico</i>	53
2.3.1.7 <i>Comparações de médias (teste t)</i>	54
2.4 Discussão	54
2.5 Conclusão	60
Referências	61
CONSIDERAÇÕES FINAIS DA DISSERTAÇÃO	65
APÊNDICES	67
Apêndice A – Dados sociodemográficos e clínicos	68
Apêndice B – <i>Revised Illness Perception Questionnaire (IPQ-R)</i>	69
Apêndice C – Questionário das Percepções das Informações Fornecidas no Diagnóstico	74
Apêndice D – Termo de Aprovação do Comitê de Ética da Unisinos	75
Apêndice E – Termo de Consentimento Livre Esclarecido - TCLE	76

RESUMO

Esta dissertação é composta por dois artigos, um de revisão sistemática e um empírico. No primeiro artigo, o objetivo foi realizar uma revisão sistemática da literatura que investigou a percepção da doença cardíaca a partir do Modelo Teórico do Senso Comum (MSC). Dezesesseis estudos corresponderam aos critérios de busca. Os resultados mostraram que as percepções e/ou crenças do paciente a respeito da doença cardíaca exercem um papel importante nas medidas de enfrentamento. Pode-se concluir que, em geral, a maioria dos estudos mostrou que a percepção da doença cardíaca é associada a consequências graves à vida do paciente com causas atribuídas a fatores independentes dos comportamentos do indivíduo (causas psicológicas, hereditariedade, vírus, má sorte etc.). Além disso, os resultados indicaram que a maior parte dos pacientes cardíacos atribui maior peso ao tratamento para o controle da doença do que ao seu controle pessoal. No segundo artigo, o objetivo foi avaliar a percepção da doença em indivíduos cardíacos e sua relação com a percepção das sete dimensões do Modelo de Senso Comum (MSC) identificadas na comunicação do seu diagnóstico. Foram utilizados os instrumentos: Questionário Sociodemográfico; *Revised Illness Perception Questionnaire* (IPQ-R) e Questionário das Percepções das Informações Fornecidas no Diagnóstico. Os resultados mostraram que as percepções sobre a doença do paciente cardíaco não se relacionaram com as informações transmitidas pelo médico no momento da comunicação do diagnóstico.

Palavras-chave: Doenças Cardíacas; Percepção da Doença; Modelo de Senso Comum.

ABSTRACT

This thesis consists of two articles; one of them is a systematic review, and the other one, an empirical article. The first one aimed at conducting a systematic literature review that investigated the perception of heart disease based on the theory of the Common-Sense Model (MSC). Sixteen studies matched the search criteria. The results showed that the perceptions and /or the patient's beliefs about heart disease play an important role in coping measures. It has been concluded that, in general, most studies showed that the perception of heart disease is associated with serious consequences to the patient's life, with causes connected to factors regardless of individuals' behavior (psychological causes, heredity, viruses, bad luck etc.). In addition to that, results indicated that most cardiac patients assign greater relevance to treatment for disease control than to their personal control. In the second article, we attempted to assess the perception of the disease in cardiac patients and their relationship to communicating the seven disease perception dimensions, identified by the patient when communicating the diagnosis. The instruments used were: sociodemographic questionnaire; Revised Illness Perception Questionnaire (IPQ-R) and Survey of Perceptions of Information Provided in diagnosis. The results showed that perceptions of the illness by the heart patient are not related to the information provided by the doctor at the time of communicating the diagnosis.

Keywords: Heart Disease; Perception of disease; Common-Sense Model.

APRESENTAÇÃO

Essa dissertação diz respeito a uma pesquisa que investigou a percepção da doença em pacientes cardíacos que frequentavam um Centro de Cardiologia de um Hospital Regional de uma cidade do interior do RS, Brasil. Este trabalho foi orientado pela Profa. Dra. Elisa Kern de Castro, do Programa de Pós Graduação em Psicologia da Universidade do Vale do Rio dos Sinos, vinculada à linha de pesquisa “Processo de Saúde-Doença em Contextos Institucionais”.

O interesse pela temática surgiu ao longo da minha trajetória no campo da saúde pública por ter observado o grande número de demandas no campo das doenças crônicas não transmissíveis, em especial, das doenças cardíacas. As imunizações proporcionaram o controle das doenças virais, que era a maior preocupação dos profissionais de saúde há algumas décadas. Atualmente, é grande o número de casos de doenças crônicas que vem preocupando os profissionais de saúde, em especial, o de doenças cardíacas. Para o controle dessa doença, além de ações técnico/científicas e de adequado tratamento médico, são necessárias também mudanças substanciais no estilo de vida dos indivíduos. Assim, com o intuito de promover conhecimento acerca das doenças cardíacas, desenvolvi duas pesquisas, uma bibliográfica e outra empírica, a fim de investigar como os pacientes cardíacos percebem a sua doença a partir do Modelo Teórico do Senso Comum (MSC). Esse modelo foi escolhido por compreender as crenças do indivíduo sobre sua saúde/doença e vem sendo bastante utilizado nas investigações acerca das percepções/crenças que os indivíduos têm da doença. Assim, apresento este estudo que está organizado em duas seções. A Seção I compreende um artigo teórico denominado “A Percepção da Doença em Pacientes Cardíacos: Uma Revisão Sistemática”, que apresenta uma revisão sistemática da literatura, composta por 16 estudos internacionais encontrados sobre o tema e publicados nos últimos cinco anos. A Seção II compreende um artigo

empírico denominado “A percepção da doença em pacientes cardíacos e sua relação com a comunicação do diagnóstico”, no qual são apresentados e discutidos os resultados de um estudo investigativo sobre as percepções da doença em pacientes cardíacos.

SEÇÃO I –

PERCEPÇÃO DA DOENÇA EM PACIENTES CARDÍACOS: UMA REVISÃO SISTEMÁTICA

RESUMO

A presente revisão sistemática da literatura teve por objetivo investigar estudos publicados entre 2009 e 2015 que examinaram a percepção da doença em pacientes cardíacos a partir do Modelo do Senso Comum (MSC). As buscas foram feitas nas bases de dados *PsychInfo*, *Medline* e *PubMed*. Foram utilizados os descritores: *cardiac disease*, *illness perception*, *illness representation* e *illness beliefs*. Os resultados mostraram que a percepção da doença cardíaca é associada a consequências graves à vida do paciente, com causas atribuídas a fatores independentes dos comportamentos do indivíduo (causas psicológicas, hereditariedade, vírus, má sorte etc.). Além disso, os pacientes cardíacos acreditam mais no tratamento para o controle da doença do que no seu controle pessoal. *Palavras-chave*: Doença cardíaca; Percepção da doença; Representação da doença; Crenças.

1.1 Introdução

O diagnóstico de doença cardíaca compromete, geralmente, os aspectos físicos e emocionais dos pacientes, que sofrem modificações no seu padrão de vida em função das dificuldades para desempenhar determinadas atividades cotidianas em razão dos sintomas (dor ou desconforto precordial, palpitação, fadiga e edema, entre outras) (DiMatteo, Haskard-Zolnierek & Martin, 2012). Esses sintomas geralmente provocam modificações na vida dos indivíduos, que podem acabar desenvolvendo intenso sofrimento psíquico pelas restrições que o diagnóstico lhes impõe (Santos & Galdeano, 2008).

Partindo disso, uma forma possível de compreender melhor os impactos causados pela doença cardíaca pode ser por meio da exploração das crenças que o indivíduo possui sobre a doença que, por sua vez, determinarão seu comportamento de enfrentamento. Dessa forma, o modelo teórico de auto-regulação em saúde, o chamado Modelo do Senso Comum (MSC), vem sendo amplamente utilizado para compreender como as crenças e percepções subjetivas, que as pessoas mantêm sobre determinada doença, relacionam-se

com seus comportamentos em saúde (Leventhal, Nerenz & Steele, 1984; Phillips, Leventhal & Leventhal, 2011). Esse modelo considera que as percepções e expectativas que o indivíduo tem sobre a sua doença, seus sintomas e representações cognitivas, orientam seus comportamentos frente às ameaças à sua saúde (Petrie & Weinman, 2012; Phillips et al., 2012). Nessa perspectiva, o conhecimento prévio que o indivíduo possui sobre determinada doença, oriundo de suas vivências e de sua cultura, exercerá um papel fundamental na forma como ele irá percebê-la e interpretá-la (Phillips et al., 2012).

Assim, de acordo com o MSC, as ações dos indivíduos frente a uma ameaça à sua saúde geralmente são orientadas por construções subjetivas ou de senso comum, as quais podem ser compreendidas a partir de dois níveis: 1) O concreto, ou o quanto ela condiz com a realidade e com eventos imediatamente perceptíveis; e 2) As ideias abstratas, que são constituídas por crenças imaginárias sobre certa situação (Leventhal, Breland, Mora & Leventhal, 2010). De acordo com esses autores, ambos os níveis se fazem presentes na orientação e percepção do paciente em relação ao seu comportamento de enfrentamento à doença.

Assim, o MSC propõe uma forma de avaliar como as informações sobre uma ameaça à saúde são processadas dentro de esquemas cognitivos pré-existentes dos indivíduos, e como essas representações cognitivas, dentro desses esquemas, podem ativar procedimentos de enfrentamento para lidar com tal ameaça (Marteau & Weinman, 2006). Para tanto, o MSC classifica sete componentes cognitivos presentes nas representações mentais, que seguem um modelo lógico baseado no constructo de representações de diferentes tipos de doenças: 1) Identidade da doença: seus sintomas; 2) Duração da doença: cíclica, aguda ou crônica; 3) Causas da doença: o que a pessoa crê que ocasionou seu surgimento; 4) Consequências da doença: reais ou imaginários; 5) Controle pessoal da doença: aquilo que ele próprio pode fazer para ajudar no controle

e/ou cura da sua doença; 6) Coerência: o quanto o indivíduo entende sua doença; 7) Representação emocional da doença: impacto emocional que a doença pode trazer ao paciente (Leventhal, Nerenz & Steele, 1984).

Partindo desses pressupostos, compreende-se que o impacto inicial das informações sobre uma ameaça à saúde depende do quanto ela é compreendida e representada cognitivamente pelo paciente (Phillips et al., 2012). Por exemplo, quando um indivíduo recebe o diagnóstico de uma doença crônica, a tendência é que o mesmo o assimile com as representações que já possui sobre a patologia, as quais irão influenciar nos seus próprios recursos de enfrentamento às possíveis ameaças.

Partindo do exposto, pode-se compreender que as representações sobre determinadas doenças podem diferir entre um paciente e outro por conta das diferentes experiências estabelecidas com a patologia (Figueiras, Monteiro & Caeiro, 2012). Com isso, mesmo os pacientes recebendo informações acerca da sua doença durante o tratamento, podem continuar expressando suas crenças pessoais distintas dos conhecimentos adquiridos (Petrie & Weinman, 2012). Nessa perspectiva, a desmistificação de crenças individuais distorcidas sobre a doença pode tornar-se um fator potencial para o sucesso do tratamento (Coleta & Ferreira, 2011; Figueiras et al., 2012).

Partindo do exposto, realizou-se uma revisão sistemática com o objetivo de analisar e discutir estudos que investigaram a percepção da doença em pacientes cardíacos, baseando-se no MSC. Espera-se, com essa revisão e as reflexões oportunizadas, contribuir para o campo da psicologia da saúde. Ao conhecer as crenças associadas pelos pacientes à doença cardíaca, pode-se fomentar intervenções preventivas e de tratamento mais efetivas.

1.2 Método

1.2.1 Protocolo e registro

A revisão sistemática foi conduzida conforme a metodologia *Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses* (PRISMA) (Moher, Liberati, Tetzlaff & Altman, 2009).

1.2.2 Critérios de elegibilidade

Selecionaram-se os estudos que investigaram a Percepção da Doença Cardíaca em amostras de pacientes doentes ou saudáveis, adultos, com idades entre 18 e 85 anos, tendo como base teórica o Modelo do Senso Comum (MSC).

1.2.3 Fontes de informação

As buscas foram realizadas nas bases de dados *PsycInfo*, *Medline* e *PubMed*, publicados entre janeiro de 2009 e fevereiro de 2015, todos no idioma inglês. As bases de dados foram selecionadas considerando as que são direcionadas às publicações internacionais na área da saúde.

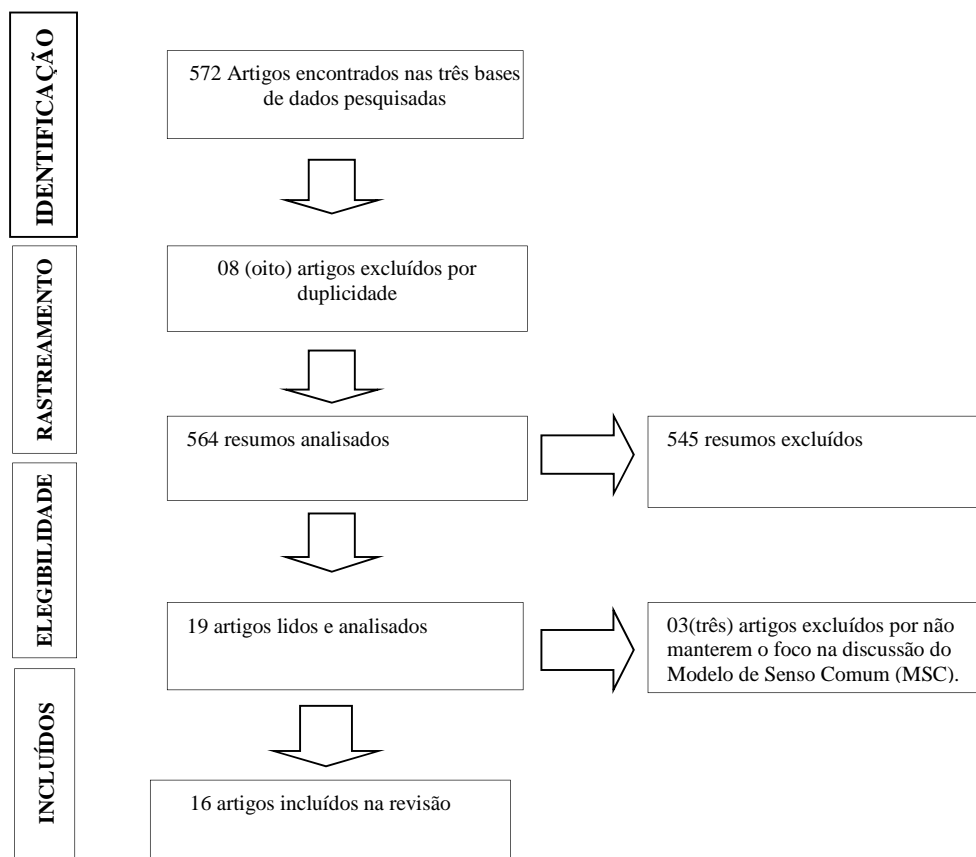
1.2.4 Estratégia de pesquisa

Os descritores utilizados para a realização dessa pesquisa foram: "*cardiac disease AND illness perception OR illness representation OR illness beliefs*".

1.2.5 Seleção dos estudos e avaliação de qualidade

Após a primeira busca nas bases de dados supracitadas, foi realizada uma classificação dos estudos por meio da leitura dos títulos e dos resumos. A partir disso,

todos os estudos analisados que correspondiam aos critérios de busca e com acesso ao texto completo foram selecionados. Foi, então, realizada a leitura minuciosa dos textos na íntegra. Foram selecionados apenas os estudos que utilizaram o MSC como referencial teórico principal. O processo de busca e seleção dos artigos está citado abaixo, conforme figura 1.



Os dados da revisão sistemática foram organizados considerando: região geográfica (origem), o delineamento, bem como os objetivos, amostra e os principais resultados dos estudos selecionados. A partir disso, realizou-se a discussão dos resultados obtidos e implicações para pesquisas futuras e para o desenvolvimento de intervenções preventivas e de tratamento.

1.3 Resultados e Discussão

Os estudos analisados, em sua grande maioria, eram de origem exploratória, analisando, principalmente, as dimensões da percepção da doença e suas influências no controle e enfrentamento da doença cardíaca. Todas as pesquisas foram realizadas com pacientes adultos com idade em torno de 60 anos. Quanto à origem dos estudos, 14 deles foram desenvolvidos no continente europeu (Blair et al., 2014; De Smedt, Denig, Van Der Meer, Haaijer-Ruskamp & Jaarsma, 2011; Goodman, Firouzi, Banya, Lau-Walker & Cowie, 2013; Juergens, Seekatz, Moosdorf, Petrie, & Rief, 2010; Karademas, Zarogiannos & Karamvakalis, 2010; MacInnes, 2013; MacInnes, 2014; McCabe, Barnason & Houfek, 2011; Molloy et al., 2009; Mulligan et al., 2012; Riley et al., 2012; Schroeder et al., 2012; Steca et al., 2013a; Steca et al., 2013b;). Um estudo foi realizado no continente Asiático (Yan et al., 2011) e outro na Oceania (Le Grande et al., 2012).

Tabela 1. Apresentação dos estudos

Estudo/ Origem	Delineamento	Objetivo/ Intervenção	Amostra	Instrumentos	Resultados
McCabe et al., 2011 Portugal	Descritivo transversal, correlacional	Descrever as crenças da doença em pacientes com fibrilação atrial sintomática recorrente. Descrever as relações entre crenças da doença e capacidade de gerenciamento do paciente.	116 homens e 91 mulheres com 19 ou mais anos de idade, em tratamento em um centro especializado.	Dados sociodemográficos e dados clínicos relevantes sobre a fibrilação atrial foram coletados do prontuário médico. The Illness Perception Questionnaire-Revised (IPQ-R) (Moss-Morris et al, 2002) – avalia as sete dimensões da percepção da doença, composto por 73 itens. As respostas são dicotômicas (sim/não) e escala likert de 5 pontos.	As crenças no controle pessoal da doença foram mais baixas do que as crenças sobre o controle do tratamento. Os pacientes tenderam a atribuir a causa da doença a fatores psicológicos e fatores externos: (estresse, má sorte, excesso de trabalho etc.) do que ao seu estilo de vida. As crenças dos pacientes sobre a gravidade da doença, com consequências negativas para as interações sociais e auto-conceito, foram associadas a emoções negativas e menor controle pessoal.
Molloy et al., 2009	Transversal	Avaliar a percepção da doença em	58 idosos com idade próxima	The Illness Perception Questionnaire-	A adesão ao tratamento esteve relacionada à duração e suas consequências. Os pacientes

Escócia		pacientes com insuficiência cardíaca.	aos 70 anos, com diagnóstico clínico de insuficiência cardíaca crônica.	Revised (IPQ-R) (Moss-Morris et al, 2002). Dados sociodemográficos e clínicos foram coletados de anotações médicas e durante entrevistas nos ambulatórios. Foi realizada coleta de sangue para avaliar a atividade da enzima conversora de angiotensina.	que relataram crenças na duração crônica da doença, com consequências graves à sua vida, foram menos propensos a aderir ao tratamento medicamentoso.
Riley et al., 2012	Transversal	Explorar a qualidade de vida relacionada à saúde em adultos com doença coronariana e sua associação com as crenças dos pacientes a partir do seu estado de saúde emocional (ansiedade e depressão).	99 pacientes, com diagnóstico de doença cardíaca congênita em tratamento ambulatorial em um hospital de cardiologia.	Dados sociodemográficos foram coletados a partir dos registros hospitalares. The Illness Perception Questionnaire-Revised (IPQ-R) (Moss-Morris et al., 2002). The medical outcomes short-form 36 (SF36v2) (Ware, Snow, Kosinski & Gandek. 1993), Hospital Anxiety and Depression scale (HAD) (Zigmond & Snaith 1983).	Crenças de consequências negativas e duração cíclica da doença foram associadas à piora no funcionamento físico e mental, menor qualidade de vida dos pacientes e maior predisposição à depressão. Os níveis de depressão e ansiedade foram relacionados a crenças de que as causas da doença surgiram ao acaso ou pela má sorte, hereditariedade, vírus e por exposição a eventos estressores. Duração longa da doença foi associada com maior crença no controle do tratamento médico e controle pessoal. Foram identificadas crenças de que a doença exerce um impacto negativo em suas vidas e na de familiares, incluindo implicações financeiras.
MacInnes, 2013	Qualitativa	Explorar as crenças dos pacientes com insuficiência cardíaca e analisar como se dá a compreensão sobre a sua doença e o seu tratamento.	12 pacientes com disfunção sistólica ventricular (DSVE) em um hospital de referência em cardiologia.	Entrevista semiestruturada que avalia as sete dimensões, baseada no Modelo de Senso Comum (MSC). Elaborada pelo autor do artigo. Foi avaliado também as crenças sobre o tratamento, por meio de entrevista elaborada pelo	As crenças de que a doença foi causada por fatores externos, especialmente por eventos estressores, foram relacionados à baixa adesão ao tratamento medicamentoso. Houve uma forte crença na necessidade de medicação para controle dos sintomas. Preocupações sobre interações medicamentosas e os efeitos colaterais estiveram presentes. Quanto mais negativa a

					autor.	percepção da doença e sua atribuição a causas externas, menor a adesão do paciente ao tratamento.
Steca et al., 2013b	Transversal	Investigar o suposto papel mediador das representações da doença, crenças de autoeficácia e apoio social na relação entre a gravidade da doença e depressão.	116 pacientes com doença cardíaca em tratamento em um centro especializado.	Gravidade da doença, por meio de registros clínicos, principalmente da fração de ejeção ventricular esquerda. Dados sociodemográficos. Brief Illness Perception Questionnaire (Brief-IPQ) (Broadbent, Petrie, Main, & Weinman, 2006) - foi utilizada uma versão Italiana do instrumento (Pain, Miglioretti, & Angelino, 2006). Composto por 8 itens, que utiliza escala likert de 10 pontos. E um item de respostas abertas. Health Satisfaction, que contém somente uma questão "Quão satisfeito você está com sua saúde?". Utilizado em outros estudos. (Erickson et al. 2009; Zhang et al. 2007). Satisfaction with Life Scale (SWLS) (Diener, Emmons, Larsen & Griffin, 1985).	As crenças sobre a gravidade da doença, seu curso e atribuições a causas comportamentais foram preditoras de maior autocuidado e autoeficácia. A satisfação com a saúde foi influenciada pela percepção de que o paciente estava implicado nas causas da doença (dimensão coerência), o que gerava maior sentimento de autoeficácia.	
Blair et al., 2014	Experimental	Examinar a influência de fatores sócio-demográficos, percepções da doença e	128 pacientes em tratamento em um centro hospitalar	Questionário de dados sociodemográficos. Friendship Scale (FS) (Hawthorne, 2006). Escala de seis itens, que avalia as relações	Os pacientes que se dispuseram a participar do programa de reabilitação apresentavam mais crenças de que conheciam bem a sua doença e que ela foi causada por fatores comportamentais	

		isolamento social em do. pacientes participantes e não participantes de um programa de reabilitação cardíaca.	especializa do.	com os outros, o isolamento, o compartilhamento, o contato com as pessoas, sentimentos de estar separado e estar sozinho. Brief Illness Perception Questionnaire (Brief-IPQ) (Broadbent, Petrie, Main, & Weinman, 2006).	modificáveis (seus próprios comportamentos, alimentação, fumo etc.) Eles também apresentavam crenças de que poderiam controlar pessoalmente a sua doença. Os que não se dispuseram a participar atribuíram a doença a fatores causais externos não modificáveis (estresse, excesso de trabalho, hereditariedade etc.). Os participantes relataram níveis mais baixos de isolamento social; no entanto, esse dado não foi estatisticamente significativo. Não foram encontradas diferenças entre os participantes e não participantes em termos de idade, sexo, educação.
MacInnes, 2014	Transversal	Determinar as relações entre percepções da doença e o autocuidado.	169 pacientes com insuficiência cardíaca crônica.	Questionário de dados sociodemográficos. The Illness Perception Questionnaire-Revised (IPQ-R) (Moss-Morris et al, 2002). Foi utilizada uma versão onde a dimensão identidade e causas foram adaptadas de forma específica para pacientes com insuficiência cardíaca. (MacInnes, 2011). Beliefsabout Medicines Questionnaire (BMQ) (Home R., 1997) utilizado para acessar as crenças sobre o tratamento. Looking After Yourselfwith Heart Failure Questionnaire (LAYHFQ).	Quanto maior era a crença do paciente de que ele entendia bem a sua doença (coerência), maior era sua adesão ao tratamento. Os preditores mais significativos para o autocuidado no uso de medicamentos foi o conhecimento dos pacientes sobre o fármaco, bem como dos seus efeitos e a crença nas consequências graves da doença.

				(MacInnes, 2011) Utilizado para acessar o comportamento de autocuidado.	
Schroeder et al., 2012	Correlacional	Investigar a associação entre a percepção da doença, ansiedade e dor no peito. Avaliar um modelo multifatorial para a compreensão dos fatores relacionados à sintomatologia de pacientes com doença cardíaca em comparação a pacientes não cardíacos e com dor no peito.	240 pacientes referindo dor torácica, sendo 169 não cardíacos e 71 com doença cardíaca.	Para avaliar as percepções subjetivas da doença, os pacientes responderam a duas questões ("Até que ponto você está preocupado com sua saúde?" e "Até que ponto você acredita que há algo muito errado com seu coração?"), utilizando uma escala de 11 pontos (Donkin et al., 2006). E as percepções subjetivas de dor no peito foram avaliadas utilizando o Brief Illness Perception Questionnaire (Brief-IPQ) (Broadbent, Petrie, Main, & Weinman, 2006). Anxiety Sensitivity Index-3 (ASI-3) (Taylor et al., 2007), avalia a tendência do medo relacionado com os sintomas como uma ameaça. Somatosensory Amplification Scale (Barsky, Wyshak, Klerman, 1990), avalia a consciência dos estímulos corporais menores (ex. sentir o próprio batimento cardíaco) e estímulos	Os dois grupos de pacientes apresentaram semelhanças nas dimensões consequências negativas da doença cardíaca. Consideraram a doença tendo grande impacto emocional em suas vidas e relacionaram a causa da doença a fatores externos, como estresse, preocupação etc. Percepções mais negativas da dor no peito, mais intensas e com maior frequência, foram associadas a maior incapacidade funcional. Os pacientes cardíacos apresentaram maior duração da dor no peito do que pacientes não cardíacos.

				ambientais (ex. poluição do ar). Patient Health Questionnaire-2 (Löwe, Kroenke, Gräfe, 2005), instrumento que avalia a depressão. Pain Questionnaire, the standard questionnaire of the German Pain Society (German Pain Society, 2012) avalia as características das dores cardíacas.	
Steca et al., 2013a	Transversal	Investigar o impacto da gravidade da doença sobre a depressão, a satisfação de saúde e satisfação com a vida em pacientes submetidos a um programa de reabilitação cardiovascular.	172 pacientes com doenças cardíacas, recrutados em três hospitais italianos, entre janeiro de 2009 e julho de 2010.	Gravidade da doença por meio dos registros médicos dos pacientes. A fração de ejeção ventricular esquerda foi avaliada por meio de ecocardiografia. Dados sociodemográficos. Brief Illness Perception Questionnaire (Brief-IPQ) (Broadbent, Petrie, Main, & Weinman, 2006) - foi utilizada uma versão Italiana do instrumento (Pain et al., 2006). Nesse estudo, não foi utilizada a dimensão causas da doença. Cardiac Risk Factors Self-Efficacy Scale, elaborado pelos autores do estudo. Cognitive Behavioural Assessment 2.0 battery, CBA 2.0 (Sanavio, Bertolotti, Michielin,	As crenças nas consequências negativas da doença e atribuições a fatores causais externos (estresse, preocupações, excesso de trabalho, entre outros) influenciaram negativamente os aspectos relacionados à satisfação com a vida e com a saúde, bem como na autoeficácia dos pacientes cardíacos. As crenças de que a doença foi causada por fatores comportamentais (estilo de vida, fumo, próprio comportamento) foram associados a maior satisfação de saúde e com a vida.

				Vidotto, & Zotti, 1997). Para acessar pacientes com depressão. Health Satisfaction, que contém somente uma questão "Quão satisfeito você está com sua saúde?". Utilizado em outros estudos. (Erickson et al., 2009; Zhang et al. 2007). Satisfaction with Life Scale (SWLS) (Diner et al., 1985).	
Juergens et al., 2010	Prospec- tivo e lon- gitudi- nal os pa- cien- tes foram aborda- dos na admi- são ao hospi- tal e reavalia- dos em três meses após a cirurgia.	Examinar a influência das crenças da doença cardíaca em pré- cirúrgicos, fatores de risco cardíaco em desfechos de saúde três meses após a cirurgia.	56 pacientes submetidos à cirurgia cardíaca eletiva, com idade entre 18 e 80 anos. Todos foram reavalia- dos três meses após a cirurgia.	Gravidade da doença foi acessada por três indicadores antes do procedimento cirúrgico: a fração de ejeção ventricular esquerda; European System for Cardiac Operative RiskEvaluation (Euro-SCORE) (Nashef et al., 1999). Avalia o risco antes de uma cirurgia cardíaca; Após a cirurgia, os cirurgiões foram convidados para avaliar a gravidade do estado cardíaco do paciente e a complexidade da cirurgia. Pain Disability Index (PDI) (Tait., Chibnall, Krause, 1990) avalia o efeito da doença sobre a capacidade de realizar as ações cotidianas antes e após a cirurgia. SF-12 questionnaire	As crenças dos pacientes sobre a duração da doença, seu curso e suas consequências exerceram influências diretas na recuperação da cirurgia. A percepção de maior duração cíclica da doença, com consequências graves a suas vidas, estiveram relacionadas a níveis mais elevados de incapacidade funcional e sintomas depressivos três meses após a cirurgia.

				(Ware, Kosinski, Keller, 1996), acessa a qualidade de vida relacionada à saúde. Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) (Zigmond & Snaith, 1983). The Illness Perception Questionnaire-Revised (IPQ-R) (Moss-Morris et al., 2002). O autor não incluiu a dimensão causas da doença, pois o instrumento necessita de 81 sujeitos para a dimensão poder ser analisada.	
Karademas, Zarogian-nos & Karamvakalis, 2010	Correlacional	Examinar as diferenças de percepção da doença entre os cardiopatas crônicos e seus cônjuges. Verificar como as percepções de saúde geral dos pacientes e cônjuges se relacionam com as estratégias de enfrentamento à doença.	Foram entrevistados 73 pacientes (65 homens e oito mulheres) com infarto do miocárdio e seus cônjuges.	The Illness Perception Questionnaire-Revised (IPQ-R) (Moss-Morris et al., 2002). Foi utilizada a versão grega disponível no site IPQ Website. A dimensão identidade e causas não foram incluídas, pois a coleta foi em um curto período de tempo e os pacientes possuíam um complicado estado de saúde. Copingwith Health Injuries and Problems Scale (CHIP) (Endler, Parker, & Summerfeldt, 1998), utilizada a versão grega (Karademas et al., 2010b). Avaliar as estratégias de coping relacionadas à doença.	Cônjuges apresentaram maiores pontuações do que seus pares nas dimensões: cronicidade, controle pessoal e representação emocional negativa da doença. Assim, essas percepções dos cônjuges se relacionaram com menor capacidade funcional e de auto-eficácia dos seus pares.

				Autopercepção da saúde, em geral, foi acessada por meio de uma questão onde os participantes foram convidados a avaliar sua saúde pessoal numa escala tipo <i>Likert</i> (1-100).	
Goodman et al., 2013	Longitudinal	Avaliar as associações entre percepção da doença, comportamento de autocuidado e qualidade de vida em pacientes com um diagnóstico primário de insuficiência cardíaca. Avaliar as mudanças dos pacientes aos dois e seis meses após a alta.	88 pacientes, internados em um hospital com um diagnóstico primário de insuficiência cardíaca.	The Illness Perception Questionnaire-Revised (IPQ-R) (Moss-Morris et al., 2002). The Self-Care Heart Failure Index (Riegel, Carlson, Moser, Sebern & Hicks, 2004). The Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) (Zigmond & Snaith, 1983). The Minnesota Living with Heart Failure Questionnaire (MLWHF) (Rector & Cohn, 1992).	Não houve mudanças significativas na percepção das consequências da doença nos dois tempos de análise. A crença de que a doença pode ser controlada pelo indivíduo (controle pessoal) diminuiu ao longo do tempo e a percepção da cronicidade da doença aumentou após dois meses da alta. As causas da doença foram atribuídas a fatores externos (fora de seu próprio controle) e isso não se alterou em dois e seis meses após a alta. As causas mais referidas foram: envelhecimento, má sorte, hereditária, estresse ou preocupação.
De Smedt et al., 2011	Transversal	Identificar a relação entre a percepção da doença em pacientes com insuficiência cardíaca e suas crenças com relação à medicação e eventos adversos auto-relatados.	495 pacientes com insuficiência cardíaca, 60 % do sexo masculino e 40% do sexo feminino.	Dados sociodemográficos e clínicos. The Illness Perception Questionnaire-Revised (IPQ-R) (Moss-Morris et al., 2002). Beliefs about Medication Questionnaire (BMQ) (Horne, Weinman & Hankins, 1999). Sintomas vivenciados pelos efeitos adversos de medicamentos, a lista de sintomas foi elaborada pelo autor (em estudo prévio) e foi	Os pacientes que apresentaram maior número de efeitos colaterais da medicação apresentaram maior sintomatologia da doença (dimensão identidade), consequências negativas da doença e duração cíclica. Eles perceberam a sua doença como mais instável, com consequências negativas à sua vida diária.

				adicionado sintomas comuns vivenciados por pacientes com insuficiência cardíaca.	
Le Grande et al., 2012	Correlacional	Identificar como os diferentes grupos de pacientes cardíacos, com diferentes graus de impacto emocional da doença, compartilharam percepções sobre a sua doença. Investigar a relação entre esses diferentes níveis de impacto emocional, qualidade de vida e depressão.	190 pacientes com infarto do miocárdio, angina de peito estável ou insuficiência cardíaca crônica, subdivididos em cinco grupos classificados de acordo com o grau de relevância do impacto emocional.	The Illness Perception Questionnaire-Revised (IPQ-R) (Moss-Morris et al., 2002). Inventário de Depressão (Beck Depression Inventory II) de qualidade relacionada à saúde (BDI II) Medida de Qualidade de vida (MacNew).	Os grupos com níveis mais baixos de impacto emocional (representação emocional leve) (grupo 1 e 2), assim como os mais altos (representação emocional grave) (grupo 4 e 5) estiveram associados a maiores níveis de depressão e menor qualidade de vida dos pacientes. Sendo que a representação emocional média (equilibrada) (grupo 3) esteve associada a um maior ajustamento psicológico do paciente e melhor qualidade de vida.
Austrália					
Yan et al., 2011	Transversal	Explorar as crenças relacionadas à percepção da doença e seus preditores.	193 pacientes com infarto do miocárdio.	Dados sociodemográficos e clínicos. The Illness Perception Questionnaire-Revised (IPQ-R) (Moss-Morris et al., 2002). Foi utilizada a versão chinesa do instrumento. (Song et al., 2007).	Os pacientes mais velhos apresentaram menos impacto emocional da doença do que os mais jovens. Os níveis maiores de coerência da doença se relacionaram com o histórico familiar da doença cardíaca. As mulheres apresentaram mais problemas emocionais relacionados à doença do que os homens e maior sintomatologia relacionada à doença. O nível mais elevado de escolaridade foi associado ao maior controle pessoal da doença. As crenças na longa duração da doença e sua atribuição a fatores causais externos: (má sorte, imunidade alterada,
China					

envelhecimento etc.) se relacionaram com a maior incidência de distúrbios psicológicos.

Os indivíduos dos estudos analisados foram abordados em centros hospitalares, clínicas especializadas e hospitais de pronto atendimento. Dois estudos incluíram pacientes que não possuíam diagnóstico cardíaco, o de Schroeder et al. (2012), que investigou as crenças de pacientes com sintomatologia de doença cardíaca, mas sem a presença da doença, e um outro estudo realizado por Karademas et al. (2010a), que investigou as percepções dos cônjuges dos pacientes cardíacos. Esses estudos mostraram que as crenças de indivíduos com a doença e indivíduos saudáveis são muito semelhantes.

Grande parte dos estudos utilizou delineamento transversal, de forma mais descritiva. Esse delineamento trouxe dados importantes acerca das percepções da doença cardíaca. No entanto, o mesmo levantou crenças do momento atual dos pacientes, não acompanhando suas evoluções ao longo do tempo. Partindo disso, os estudos com delineamento longitudinal permitiram verificar como as crenças dos pacientes se apresentaram ao longo do tempo e se elas sofreram modificações. O delineamento correlacional proporcionou comparação das crenças entre diferentes indivíduos, com diferentes diagnósticos. Por fim, o delineamento experimental teve uma importância muito significativa e complementar aos demais delineamentos, pois permitiu a identificação das crenças preditivas de melhor comportamento de autocuidado em saúde e das possíveis modificações que elas podem sofrer a partir de uma intervenção.

Em relação aos instrumentos, a maior parte dos estudos analisados utilizou o questionário de percepção de doença (*Illness Perception Questionnaire – IPQ-R*) e alguns utilizaram esse questionário de forma breve (*Brief Illness Perception Questionnaire*

(Brief-IPQ). Apenas um estudo utilizou, como medida para investigar a percepção da doença, um questionário semiestruturado, baseado no MSC (MacInnes, 2013). Na maior parte das investigações, foram empregadas outras medidas, além daquelas relacionadas à percepção da doença. Entre elas, instrumentos direcionados à investigação de níveis de sintomatologia psiquiátrica, como a Escala de Ansiedade e Depressão (HAD) (Goodman et al., 2013; Juergens et al., 2010; Le Grande et al., 2012; Mulligan et al., 2012; Riley et al., 2012). Um dos estudos também utilizou o Inventário de Depressão (*Beck Depression Inventory II*) para mensurar os níveis de depressão dos participantes (Le Grande et al., 2012). Outros estudos incluíram a avaliação de qualidade de vida *ecoping* (Blair et al., 2014; Juergens et al., 2010; Karademas et al., 2010a; Le Grande et al., 2012; Mulligan et al., 2012; Schroeder et al., 2012; Steca et al., 2013b). Um outro estudo também utilizou uma escala para medir os fatores de risco cardíaco (Self-Efficacy Scale) (Steca et al., 2013a).

De forma geral, a utilização do IPQ, nas suas diferentes versões, parece ter sido adequada para medir a percepção da doença, uma vez que ele foi construído baseado no MSC e investiga as crenças dos pacientes relacionadas à sua doença. Ele compreende todas as dimensões para a avaliação do constructo percepção da doença, mais especificamente suas causas, tratamento, duração, controle/cura e aspectos emocionais dos pacientes. O uso do IPQ Breve, por ser menos extenso, também parece ter sido adequado nas pesquisas, pois foi utilizado em pacientes que estavam internados, ou recém diagnosticados e que supostamente apresentavam maior comprometimento físico e psicológico. As demais medidas de avaliação foram importantes, pois exploraram outros aspectos emocionais e cognitivos dos indivíduos, que podem influenciar as percepções acerca da doença cardíaca.

Com relação aos resultados dos estudos e a percepção da doença, eles serão aqui discutidos a partir das dimensões do modelo teórico (MSC) visando apresentar de que forma elas aparecem nos estudos e como estão relacionadas às doenças cardíacas. No que se refere à identidade da doença ou seus sintomas, esta esteve fortemente relacionada à adesão ao tratamento, incluindo a associação dos sintomas à necessidade de medicação (MacInnes, 2013), efeitos colaterais da medicação, com maior sintomatologia atribuída à doença (De Smedt et al., 2011). Além disso, um estudo verificou que as mulheres apresentaram maior índice de sintomatologia à doença cardíaca do que os homens (Yan et al., 2011).

Quanto à dimensão duração da doença, houve associação entre as crenças na duração cíclica da doença com menor índice de funcionamento físico e mental e menor qualidade de vida (Riley et al., 2012). Em um outro estudo, maiores crenças na duração cíclica da doença se relacionaram com níveis mais elevados de incapacidade funcional e sintomas depressivos três meses após a cirurgia (Juergens et al., 2010). Já as crenças relacionadas à cronicidade da doença estiveram associadas a maiores crenças no controle do tratamento e controle pessoal (Riley et al., 2012) e com maior crença no autocuidado e autoeficácia (Steca et al., 2013b). Em contrapartida, no estudo de Molloy et al. (2009), a percepção de cronicidade da doença esteve associada a menor adesão ao tratamento medicamentoso. Nesse estudo, segundo uma das hipóteses dos autores, as crenças dos pacientes sobre o uso do medicamento estavam mais direcionadas à cura do que ao controle da doença.

Quanto à dimensão causas da doença, em geral, houve maiores crenças de que a doença cardíaca foi causada por fatores externos, independentes dos próprios comportamentos dos indivíduos. Assim, as causas da doença foram atribuídas ao estresse, acaso, má sorte, hereditariedade, vírus, excesso de trabalho, imunidade alterada,

envelhecimento, entre outros (Goodman et al., 2013; McCabe et al., 2011; Riley et al., 2012; Schroeder et al., 2012; Yan et al., 2011). Além disso, esses estudos mostraram que esses aspectos estiveram relacionados com funcionamento mental empobrecido dos pacientes, com menor índice de qualidade de vida e menor capacidade para o gerenciamento do tratamento. As crenças de que a doença foi causada por seus próprios comportamentos foram associadas a maior motivação desses pacientes à intervenção, bem como maior prontidão a mudanças (Blair et al., 2014).

Na dimensão consequências da doença, os estudos mostraram relações entre as crenças relacionadas à gravidade da doença, interações sociais, emoções negativas e maiores índices de depressão (De Smedt et al., 2011; Juergens et al., 2010; McCabe et al., 2011; Molloy et al., 2009; Schroeder et al., 2012). Nos estudos de Mulligan et al. (2012) e Riley et al. (2012). As crenças no impacto negativo da doença, com impacto sobre os familiares e implicações financeiras, foram associadas a níveis de funcionamento físico e mental empobrecidos e menor qualidade de vida dos pacientes.

No que se refere à dimensão controle pessoal da doença, nos estudos analisados, as crenças de que os pacientes poderiam controlar pessoalmente a sua doença foram menores do que as crenças no controle do tratamento (Goodman et al., 2013; McCabe et al., 2011; Mulligan et al., 2012; Riley et al., 2012). O controle pessoal também esteve associado a maiores níveis de escolaridade (Yan et al., 2011) e atribuição da doença a causas comportamentais (Blair et al., 2014; Steca et al., 2013b).

Quanto à dimensão coerência, ou seja, do quanto o paciente acredita que entende sobre a sua doença, esta foi associada ao controle pessoal e maior capacidade de gerenciamento do tratamento (McInnes, 2014). Com base nesse pressuposto, o estudo de Yan et al. (2011) mostrou que coerência da doença se realacionou com o histórico

familiar da doença cardíaca e isso possivelmente se deu pelo fato de o paciente ter tido maior contato, informações e educação sobre a doença.

No que se refere à representação emocional da doença, foi verificado que a representação emocional negativa esteve associada a maiores índices de impacto emocional e de gravidade, baixa adaptação à doença e menor capacidade de gerenciamento do tratamento (Schroeder et al., 2012). Nessa mesma linha, o estudo de Karademas et al. (2010a) verificou que a representação emocional negativa dos cônjuges dos pacientes cardíacos também exerceu grande influência nos determinantes de enfrentamento à doença, com sintomas mal adaptativos à doença e, conseqüentemente, maior representação emocional negativa. Ainda sobre a representação emocional, um outro estudo verificou que níveis muito baixos de impacto emocional (representação emocional leve), assim como os mais altos (representação emocional grave), estão associados a maiores níveis de depressão e menor qualidade de vida dos pacientes. Sendo que a representação emocional média (equilibrada) foi associada a maior ajustamento psicológico do paciente e melhor qualidade de vida (Le Grande et al., 2012). Também foi verificado que os pacientes mais velhos apresentavam menor representação emocional do que os mais jovens (Yan et al., 2011).

1.3.1 Limitações dos estudos incluídos na revisão sistemática

Os aspectos relacionados às especificidades dos serviços de saúde especializados em doenças cardíacas foram apontados como limitadores para a generalização dos resultados, pois alguns estudos possuíam como amostra pacientes que estavam em tratamento em serviços de excelência, o que pode gerar um viés nos resultados, já que o gerenciamento do tratamento por equipes especializadas pode ser preditor de melhor resultado na educação dos pacientes sobre a sua doença (Goodman et al., 2013;

MacInnes, 2013; MacInnes, 2014; McCabe et al., 2011; Riley et al., 2012). Em concordância a essa ideia, Goodman et al. (2013) refere, ainda, que os serviços especializados dispõem de vários profissionais de saúde com um interesse na insuficiência cardíaca em vários pontos de tempo, e é provável que o número de intervenções educativas e de apoio específico fornecidos aos pacientes sejam maiores do que o atendimento básico fornecido em hospitais gerais e centros de saúde.

As pesquisas de corte transversal também foram apontadas como aspecto limitador à generalização dos resultados. Steca et al. (2013a) expôs que esse tipo de estudo pode ser usado para investigar os fatores atuais que promovem uma melhor gestão da doença, mas não servem para prever os comportamentos futuros. Além disso, Karademas et al., (2010a) cita, argumentando que o corte transversal não permite acompanhar as diferenças de percepção e estratégias de enfrentamento à doença ao longo do tratamento, sendo que dificultam o entendimento do processo de trauma e adaptação à doença.

O número amostral pequeno foi citado em vários estudos como um aspecto limitador (Karademas et al., 2010a; MacInnes, 2013; Molloy et al., 2009; Schroeder et al., 2012; Steca et al., 2013a). No estudo de Goodman et al. (2013), o número amostral foi ainda menor devido à dificuldade em recrutar pacientes por causa da natureza da doença e pela alta taxa de mortalidade dos pacientes. Do mesmo modo, Karademas et al. (2010a), em seu estudo com pacientes e cônjuges, também cita essas dificuldades, sendo que sua investigação concentrou uma amostra maior de pacientes do sexo masculino, o que não permitiu uma avaliação das percepções de riscos entre gêneros.

Houve, também, a falta de disposição e interesse dos participantes em responderem os questionários (Mulligan et al., 2012; Schroeder et al., 2012). Para

Schroeder et al. (2012), esse aspecto, em seu estudo, deu-se pela forma de abordagem aos pacientes e pelas implicações do seu quadro clínico no momento da abordagem.

Por fim, também houve limitações associadas aos aspectos culturais dos participantes. Nesse aspecto, o grau de escolaridade dos participantes foi apontado pelos autores como sendo um fator de interferência para a compreensão dos instrumentos das pesquisas.

1.4 Conclusão

Pode-se concluir que, em geral, a maioria dos estudos mostrou que a percepção da doença cardíaca é associada a consequências graves à vida do paciente, com causas atribuídas a fatores independentes dos comportamentos do indivíduo (causas psicológicas, hereditariedade, vírus, má sorte etc.). Além disso, os resultados indicaram que a maior parte dos pacientes cardíacos atribui maior peso ao tratamento para o controle da sua doença do que ao seu próprio controle pessoal.

Representações negativas da doença cardíaca se relacionaram a dificuldades na adesão ao tratamento, menor qualidade de vida e depressão. Por outro lado, a crença de que o paciente entende a sua doença (dimensão coerência), bem com a atribuição do diagnóstico a fatores modificáveis, foram associadas a melhores níveis de adaptação à doença, com melhor adesão ao tratamento e melhor qualidade de vida do paciente.

A revisão sistemática mostrou, ainda, que há poucos estudos que tentam intervir nas percepções sobre a doença cardíaca. Nesse sentido, o estudo realizado a partir de uma intervenção mostrou que as crenças dos pacientes cardíacos podem ser preditoras de maior prontidão para mudanças comportamentais. Além disso, mostrou que as crenças dos pacientes podem ser modificadas por meio de ações educativas que considerem o Modelo do Senso Comum (MSC).

Um aspecto de grande relevância em alguns estudos analisados é que os índices de adesão ao tratamento estiveram relacionados a fatores psicológicos do indivíduo. Assim, os pacientes que responderam mais positivamente ao tratamento, com maior capacidade de controle da doença e autoeficácia, estavam mais ajustados psicologicamente.

Os estudos longitudinais mostraram que as crenças dos pacientes cardíacos em relação à sua doença tendem a não sofrerem modificações significativas ao longo do tempo. Esses achados indicam que as percepções do indivíduo sobre a sua doença tendem a permanecer durante o seu tratamento, presumindo que só serão passíveis de modificação se tiverem intervenções psicoeducativas. Nesse sentido, os resultados aqui apontados e discutidos podem vir a subsidiar ações terapêuticas e de prevenção no campo das doenças cardíacas.

REFERÊNCIAS

- Alessi, A., Brandão, A. A., Pierin, A., Feitosa, A. M., Machado, C. A., Forjaz, C. L. D. M., ... & Koch, V. (2005). IV Diretriz para uso da monitorização ambulatorial da pressão arterial - II Diretriz para uso da monitorização residencial da pressão arterial - IV MAPA/II MRPA. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, 85, 1-18. Retrieved from http://publicacoes.cardiol.br/consenso/2005/d66_MAPA.asp.
- Barsky, A. J., Wyshak, G. & Klerman, G. L. (1990). The somatosensory amplification scale and its relationship to hypochondriasis. *Journal of psychiatric research*, 24(4), 323-334.
- Blair, J., Angus, N. J., Lauder, W. J., Atherton, I., Evans, J. & Leslie, S. J. (2014). The influence of non-modifiable illness perceptions on attendance at cardiac rehabilitation. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 13(1), 55-62.

- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica (2013). *Diretrizes para o cuidado das pessoas com doenças crônicas nas redes de atenção à saúde e nas linhas de cuidado prioritárias*. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Retrieved from http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/diretrizes_doencas_cronicas.pdf
- Broadbent, E., Petrie, K. J., Main, J. & Weinman, J. (2006). The brief illness perception questionnaire. *Journal of psychosomatic research*, 60(6), 631-637.
- Coleta, D., & Ferreira, M. (2011). Crenças sobre comportamentos de saúde e adesão à prevenção e ao controle de doenças cardiovasculares. *Mudanças*, 18(1-2), 69-78.
- De Smedt, R. H., Denig, P., Van Der Meer, K., Haaijer-Ruskamp, F. M. & Jaarsma, T. (2011). Self-reported adverse drug events and the role of illness perception and medication beliefs in ambulatory heart failure patients: A cross-sectional survey. *International journal of nursing studies*, 48(12), 1540-1550.
- Diener, E., Emmons, R. A., Larsen, R. J. & Griffin, S. (1985). The satisfaction with life scale. *Journal of Personality Assessment*, 49(1), 71-75.
- DiMatteo, M. R., Haskard-Zolnierok, K. B., & Martin, L. R. (2012). Improving patient adherence: a three-factor model to guide practice. *Health Psychology Review*, 6(1), 74-91. doi: 10.1080/17437199.2010.537592.
- Donkin, L., Ellis, C. J., Powell, R., Broadbent, E., Gamble, G. & Petrie, K. J. (2006). Illness perceptions predict reassurance following a negative exercise stress testing result. *Psychology and Health*, 21(4), 421-430.
- Endler, N. S., Parker, J. D. & Summerfeldt, L. J. (1998). Coping with health problems: developing a reliable and valid multidimensional measure. *Psychological Assessment*, 10(3), 195.

- Erickson, S. R., Ellis, J. J., Kucukarslan, S. N., Kline-Rogers, E., Smith, D. E. & Eagle, K. A. (2009). Satisfaction with current health status in patients with a history of acute coronary syndrome. *Current medical research and opinion*, 25(3), 683-689.
- Figueiras, M. J., Monteiro, R., & Caeiro, R. (2012). Crenças erróneas e percepção da doença em pacientes cardíacos e seus cônjuges: um estudo piloto. *Psychology, Community and Health*, 1(3), 232-245. doi: 10.5964/pch.v1i3.24.
- German Pain Society (2012). *Schmerzfragebogen*. Retrieved from http://www.dgss.org/fileadmin/pdf/12_DSf_Anamnese_Muster_2012.2.pdf.
- Go, A. S., Mozaffarian, D., Roger, V. L., Benjamin, E. J., Berry, J. D., Blaha, M. J., ... & Stroke, S. S. (2014). Heart disease and stroke statistics-2014 update: a report from the American Heart Association. *Circulation*, 129(3), e28.
- Goodman, H., Firouzi, A., Banya, W., Lau-Walker, M. & Cowie, M. R. (2013). Illness perception, self-care behaviour and quality of life of heart failure patients: a longitudinal questionnaire survey. *International journal of nursing studies*, 50(7), 945-953.
- Hawthorne, G. (2006). Measuring social isolation in older adults: development and initial validation of the friendship scale. *Social Indicators Research*, 77(3), 521-548.
- Home R. (1997). Representations of medication and treatment: Advances in theory and measurement. In Petrie, K. & Weinman, J. (eds). *Perceptions of health and illness* (pp. 155-187). London: Harwood Press.
- Horne, R., Weinman, J. & Hankins, M. (1999). The beliefs about medicines questionnaire: the development and evaluation of a new method for assessing the cognitive representation of medication. *Psychology and health*, 14(1), 1-24.

- Juergens, M. C., Seekatz, B., Moosdorf, R. G., Petrie, K. J. & Rief, W. (2010). Illness beliefs before cardiac surgery predict disability, quality of life, and depression 3 months later. *Journal of psychosomatic research*, 68(6), 553-560.
- Karademas, E. C., Zarogiannos, A. & Karamvakalis, N. (2010a). Cardiac patient–spouse dissimilarities in illness perception: Associations with patient self-rated health and coping strategies. *Psychology and Health*, in press.
- Karademas, E.C., Zarogiannos, A., Stravodimos, K., Gyftopoulos, A. & Constadinides, K. (2010b). The adaptation of the Coping with Health Injuries and Problems Scale to a sample of Greek patients: Validity issues. *Hellenic Journal of Psychology*. 25(4), 451-463.
- Le Grande, M. R., Elliott, P. C., Worcester, M. U., Murphy, B. M., Goble, A. J., Kugathasan, V. & Sinha, K. (2012). Identifying illness perception schemata and their association with depression and quality of life in cardiac patients. *Psychology, health & medicine*, 17(6), 709-722.
- Leventhal, H., Breland, J. Y., Mora, P. A. & Leventhal, E. A. (2010). Lay representations of illness and treatment: A framework for action. In *Handbook of Behavioral Medicine* (pp. 137-154). Springer New York.
- Leventhal, H., Nerenz, D. & Steele, D. (1984). Illness representations and coping with health treats. In A. Baum & J. Singer (Eds.), *Handbook of Psychology and Health* (pp. 221-252). New York: Erlbaum.
- Löwe, B., Kroenke, K. & Gräfe, K. (2005). Detecting and monitoring depression with a two-item questionnaire (PHQ-2). *Journal of psychosomatic research*, 58(2), 163-171.
- MacInnes J.D. (2011). *Illness representations, treatment beliefs and the relationship to self-care in heart failure* (Tese de doutorado). Canterbury Christ Church University, Canterbury.

- MacInnes, J. (2013). An exploration of illness representations and treatment beliefs in heart failure. *Journal of clinical nursing*, 23(9-10), 1249-1256.
- MacInnes, J. (2014). Relationships between illness representations, treatment beliefs and the performance of self-care in heart failure: a cross-sectional survey. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 12(6), 536-543.
- Marteau, T. M. & Weinman, J. (2006). Self-regulation and the behavioral response to DNA risk information: a theoretical analysis and framework for future research. *Social Science & Medicine*, 62(6), 1360-1368. doi: 10.1016/j.socscimed.2005.08.005
- McCabe, P. J., Barnason, S. A. & Houfek, J. (2011). Illness beliefs in patients with recurrent symptomatic atrial fibrillation. *Pacing and Clinical Electrophysiology*, 34(7), 810-820.
- Moher, D., Liberati, A., Tetzlaff, J. & Altman, D. G. (2009). Preferred report items for Systematic Reviews and Meta-Analysis: the PRISMA Statement. *PLOS Medicine*, 6(7), 1-6. doi: 10.1136/bmj.b2535.
- Molloy, G. J., Gao, C., Johnston, D. W., Johnston, M., Witham, M. D., Struthers, A. D., & McMurdo, M. E. (2009). Adherence to angiotensin-converting-enzyme inhibitors and illness beliefs in older heart failure patients. *European journal of heart failure*, 11(7), 715-720.
- Moss-Morris, R., Weinman, J., Petrie, K., Horne, R., Cameron, L. & Buick, D. (2002). The revised illness perception questionnaire (IPQ-R). *Psychology and health*, 17(1), 1-16.
- Mulligan, K., Mehta, P. A., Fteropoulli, T., Dubrey, S. W., McIntyre, H. F., McDonagh, T. A. ... & Newman, S. (2012). Newly diagnosed heart failure: change in quality of

- life, mood, and illness beliefs in the first 6 months after diagnosis. *British journal of health psychology*, 17(3), 447-462.
- Nashef, S. A., Roques, F., Michel, P., Gauducheau, E., Lemeshow, S., Salamon, R. & EuroSCORE Study Group. (1999). European system for cardiac operative risk evaluation (EuroSCORE). *European Journal of Cardio-Thoracic Surgery*, 16(1), 9-13.
- Pain, D., Miglioretti, M. & Angelino, E. (2006). Sviluppo della versione italiana del Brief-IPQ, strumento psicometrico per lo studio delle rappresentazioni di malattia [Development of Italian version of Brief-IPQ, a method for assessing the Illness representations]. *Psicologia della Salute*, 81-89.
- Petrie, K. J. & Weinman, J. (2012). Patients Perceptions of Their Illness The Dynamo of Volition in Health Care. *Current Directions in Psychological Science*, 21(1), 60-65. doi: 10.1177/0963721411429456.
- Phillips, L. A., Leventhal, H. & Leventhal, E. A. (2012). Physicians communication of the common-sense self-regulation model results in greater reported adherence than physicians' use of interpersonal skills. *British Journal of Health Psychology*, 17(2), 244-257. doi: 10.1111/j.2044-8287.2011.02035.x
- Pollock, M. L. & Schmidt, D. H. *Doença cardíaca e reabilitação* (3.ed.). Rio de Janeiro: Revinter, 2003.
- Rector, T. S. & Cohn, J. N. (1992). Assessment of patient outcome with the Minnesota Living with Heart Failure questionnaire: reliability and validity during a randomized, double-blind, placebo-controlled trial of pimobendan. *American heart journal*, 124(4), 1017-1025.
- Riegel, B., Carlson, D.K., Moser, M., Sebern, F.D. & Hicks, V. (2004). Roland Psychometric testing of the self-care of heart failure index. *Journal of Cardiac Failure*, 10(4), 350-360.

- Riley, J. P., Habibi, H., Banya, W., Gatzoulis, M. A., Lau-Walker, M. & Cowie, M. R. (2012). Education and support needs of the older adult with congenital heart disease. *Journal of advanced nursing*, 68(5), 1050-1060.
- Sanavio E., Bertolotti G., Michielin P., Vidotto G. & Zotti A.M.. (1997). *CBA 2.0 Cognitive Behavioural Assessment 2.0, Scale Primarie*. Organizzazioni Speciali:Firenze.
- Santos, R. M. B. L., & Galdeano, L. E. (2008). Qualidade de vida de portadores de insuficiência cardíaca. *Acta Paulista de Enfermagem*, 21(2), 243-8. doi: 10.1590/S0103-21002008000200002.
- Schroeder, S., Achenbach, S., Körber, S., Nowy, K., de Zwaan, M. & Martin, A. (2012). Cognitive-perceptual factors in non cardiac chest pain and cardiac chest pain. *Psychosomatic medicine*, 74(8), 861-868.
- Song, L., Hu, D. Y., Yang, J. G., Li, C., Shi, C. & Jiang, R. H. (2007). The Applicability, Reliability and Validity of the Revised Illness Perception Questionnaire in patients with acute myocardial infarction. *Chinese Mental Health Journal*, 21(12), 822.
- Steca, P., Greco, A., D'Addario, M., Monzani, D., Pozzi, R., Villani, A., ... & Parati, G. (2013a). Relationship of illness severity with health and life satisfaction in patients with cardiovascular disease: The mediating role of self-efficacy beliefs and illness perceptions. *Journal of Happiness Studies*, 14(5), 1585-1599.
- Steca, P., Greco, A., Monzani, D., Politi, A., Gestra, R., Ferrari, G., ... & Parati, G. (2013b). How does illness severity influence depression, health satisfaction and life satisfaction in patients with cardiovascular disease? The mediating role of illness perception and self-efficacy beliefs. *Psychology & health*, 28(7), 765-783.
- Tait, R. C., Chibnall, J. T. & Krause, S. (1990). The pain disability index: psychometric properties. *Pain*, 40(2), 171-182.

- Taylor, S., Zvolensky, M. J., Cox, B. J., Deacon, B., Heimberg, R. G., Ledley, D. R. , ... & Cardenas, S. J. (2007). Robust dimensions of anxiety sensitivity: development and initial validation of the Anxiety Sensitivity Index-3. *Psychological assessment, 19*(2), 176-188.
- Ware J., Snow K., Kosinski M. & Gandek M. (1993). *SF-36 Health Survey: Manual and Interpretation Guide*. Medical Outcomes Trust, Boston.
- Ware Jr, J. E., Kosinski, M. & Keller, S. D. (1996). A 12-Item Short-Form Health Survey: construction of scales and preliminary tests of reliability and validity. *Medical care, 34*(3), 220-233.
- Yan, J., You, L. M., He, J. G., Wang, J. F., Chen, L., Liu, B. L., ... & Jin, S. Y. (2011). Illness perception among Chinese patients with acute myocardial infarction. *Patient education and counseling, 85*(3), 398-405.
- Zhang, Y., Rohrer, J., Borders, T. & Farrell, T. (2007). Patient satisfaction, self-rated health status, and health confidence: An assessment of the utility of single-item questions. *American Journal of Medical Quality, 22*(1), 42–49.
- Zigmond, A. S. & Snaith, R. P. (1983). The hospital anxiety and depression scale. *Acta psychiatr scand, 67*(6), 361-370.

SEÇÃO II –

A PERCEPÇÃO DA DOENÇA EM PACIENTES CARDÍACOS

RESUMO

A forma como o paciente cardíaco percebe a sua doença exerce um papel importante na sua postura de enfrentamento da mesma. O presente estudo teve como principal objetivo avaliar a percepção da doença em indivíduos cardíacos e sua relação com a percepção das sete dimensões do Modelo de Senso Comum (MSC) identificadas na comunicação do seu diagnóstico. Participaram 71 pacientes cardíacos atendidos num Centro de Cardiologia de um Hospital Regional de uma cidade do interior do RS. Os instrumentos utilizados foram: Questionário Sociodemográfico; *Revised Illness Perception Questionnaire* (IPQ-R) e Questionário das Percepções das Informações fornecidas no diagnóstico. Esse estudo possibilitou o rastreamento das crenças em relação à doença cardíaca e a verificação de que elas são independentes das informações fornecidas pelo médico no momento do diagnóstico. As crenças de que a doença cardíaca está associada mais a questões psicológicas do que a outros fatores de risco gerais podem ter um impacto negativo no gerenciamento do tratamento e na busca de ajuda. As diferenças de gênero encontradas na percepção da doença com respeito aos sintomas e duração cíclica mostram evidência à necessidade de uma atenção diferenciada por parte dos profissionais da saúde que considere as particularidades entre homens e mulheres.

Palavras-chave: Doenças Cardíacas; Percepção da Doença; Modelo de Senso Comum.

2.1 Introdução

A doença cardíaca é definida como uma afecção que compromete o fluxo de sangue no organismo e interfere na boa circulação sanguínea (Pollock & Schmidt, 2003). As doenças cardíacas são responsáveis pela maior parte das internações e óbitos no país (Brasil, 2013) e representam aproximadamente 30% de todas as mortes no mundo (Go et al., 2014). Sua elevada incidência se deve, em grande parte, aos hábitos da sociedade atual, como a má alimentação, sedentarismo e uso em excesso de substâncias tóxicas, como o tabaco e o álcool, que provocam alterações no funcionamento do aparelho cardiovascular (Pollock & Schmidt, 2003). A Hipertensão Arterial e a Diabetes *Mellitus* são os principais fatores de risco para as doenças cardíacas (Brasil, 2013). Todavia, a prevenção e o controle dessas duas doenças são muito importantes para diminuir os

riscos das doenças do coração, estando esses atrelados a mudanças no estilo de vida e aos próprios hábitos comuns (Mosca, Mochari-Greenberger, Dolor, Newby & Robb, 2010).

Há uma ideia generalizada de que a doença cardíaca é predominantemente masculina e, portanto os sintomas da doença em mulheres seriam subdiagnosticados, deixando claro um viés de gênero na conduta dos profissionais da saúde na atuação com esses pacientes (González & Rodriguez-Carvajal, 2015). O fato de os sintomas da doença cardíaca serem similares aos quadros de ansiedade e depressão e por estarem relacionadas a uma doença que tem maior incidência no universo feminino, muitas vezes, atrapalha o seu diagnóstico em mulheres (McLean, Asnaani, Litz & Hofmann, 2011).

O diagnóstico de doença cardíaca compromete, geralmente, os aspectos físicos e emocionais dos pacientes, que sofrem modificações no seu padrão de vida em função das dificuldades para desempenhar determinadas atividades cotidianas em razão dos sintomas (dor ou desconforto precordial, palpitação, fadiga e edema, entre outros) (DiMatteo, Haskard-Zolnierek & Martin, 2012). Esses sintomas geralmente provocam modificações na vida dos pacientes, que podem desenvolver intenso sofrimento psíquico pelas restrições que o diagnóstico lhes impõe (Santos & Galdeano, 2008). A forma como o indivíduo entende e percebe sua doença (crenças) orienta suas condutas em relação à doença e tratamento (Figueiras, 2007), autorregulando o comportamento em saúde do indivíduo. Essas percepções da doença geralmente são rotuladas e sistematizadas pelo conhecimento prévio do indivíduo, suas experiências e experiências de pessoas próximas (Castro, Aliti, Linhares & Rabelo, 2010). Assim, a percepção da doença, entendida a partir do modelo de autorregulação em saúde ou Modelo do Senso Comum (MSC), poderá ser entendida a partir de dois níveis: 1) O concreto, que condiz com a realidade e por eventos imediatamente perceptíveis; e 2) As ideias abstratas, que são constituídas por crenças imaginárias sobre determinada situação (Leventhal, Breland, Mora & Leventhal,

2010). Ambos os níveis se fazem presentes na orientação e percepção do paciente em relação ao seu comportamento de enfrentamento à doença.

O impacto inicial de uma ameaça à saúde depende do quanto ela é compreendida e representada cognitivamente pelo indivíduo. Por exemplo, quando uma pessoa recebe o diagnóstico de alguma doença crônica, o impacto inicial será em relação àquilo que ela já conhece sobre essa doença, que muitas vezes pode estar relacionado a crenças disfuncionais como, por exemplo, pensamentos de desesperança, desmotivação e associação com a morte (Phillips, Leventhal & Leventhal, 2012).

As percepções (ou crenças) individuais do paciente cardíaco exercem um papel fundamental nas medidas de controle e regulação de sua doença. Estudos apontaram que percepções individuais positivas da doença cardíaca (menor atribuição de sintomas à doença, menor percepção de consequências negativas e melhor entendimento das causas da doença) estão relacionadas com a melhor capacidade de adesão ao tratamento e melhor qualidade de vida (Le Grande et al., 2012; MacInnes, 2013; Steca, et al., 2013). Em contrapartida, percepções negativas sobre a doença (graves consequências, atribuição do diagnóstico a fatores causais externos) foram associadas a menores índices de autoeficácia por parte do paciente e menor capacidade de gerenciamento da doença (Blair et al., 2014; Mc Cabe, Barnason & Houfek, 2011).

As dimensões da percepção da doença têm sido investigadas em diferentes doenças crônicas e em diferentes culturas, mostrando que elas são consistentes e se repetem nessas diferentes circunstâncias (Figueiras, 2007). Nesse sentido, é importante que os profissionais da saúde, em especial os médicos, estejam cientes do que é importante que o paciente saiba sobre a sua doença a fim de auxiliá-lo a ter uma percepção realista da sua doença e adequado enfrentamento (Leventhal, Leventhal & Breland, 2011).

O médico precisa comunicar as informações necessárias ao seu paciente de forma clara, falando abertamente sobre a forma como o mesmo vai gerenciar o seu tratamento (Di Matteo et al., 2012). Contudo, é importante que ele, nas suas informações, contemple as dimensões da percepção da doença: possíveis causas, consequências, sintomas, duração, tratamento e reações emocionais. Portanto, apenas passar conhecimento sobre a doença do paciente pode não ser suficiente. É necessário, também, examinar quais são suas percepções ou crenças sobre a sua doença a fim de psicoeducá-lo a ter uma percepção clara e realista da sua situação, o que o auxiliará no enfrentamento da doença (Leventhal et al., 2011). Com base nas ideias aqui apresentadas, o presente estudo teve como objetivo avaliar a percepção da doença em indivíduos cardíacos e sua relação com a percepção das sete dimensões do Modelo de Senso Comum (MSC) identificadas na comunicação do seu diagnóstico

2.2 MÉTODO

2.2.1 Participantes

Participaram desse estudo pacientes com diagnóstico de doença cardíaca, assistidos num Centro de Cardiologia de um Hospital Regional de uma cidade do interior do RS, Brasil. A escolha da amostra se deu por conveniência. Os pacientes foram convidados a participarem da pesquisa na sala de espera, enquanto aguardavam pela consulta de rotina. Os participantes foram adultos entre 22 e 79 anos de idade, homens e mulheres. Compuseram esta amostra somente os pacientes que possuíam diagnóstico conclusivo de doença cardíaca e que estavam há mais de três meses em tratamento no serviço. Não foram envolvidos na pesquisa os pacientes que não possuíam conhecimento do seu diagnóstico e aqueles que não apresentavam condições de saúde adequadas para

responderem os questionários (dificuldades de audição, fala, fraqueza), conforme orientação da equipe médica.

A coleta de dados foi realizada entre fevereiro e março de 2015, totalizando 19 dias de coleta, realizada sempre na parte da manhã, conforme agenda das consultas médicas. A média de pacientes abordados por dia variou entre cinco e 12 pacientes, totalizando 155 pacientes ao final do período da coleta. Desse total, 10 deles não demonstraram interesse em participar da pesquisa, dois não puderam participar por não se comunicarem adequadamente na língua portuguesa (somente alemão), e 72 pacientes não corresponderam aos critérios de seleção da amostra por não terem diagnóstico conclusivo da doença cardíaca e estarem consultando pela primeira vez o especialista. Assim, a amostra ficou composta por 71 pacientes.

2.2.2 Instrumentos

1. Questionário dos dados sociodemográficos e clínicos dos pacientes, fornecidos por autorrelatos, que investigou aspectos relacionados à idade do paciente, sexo, diagnóstico, tempo de diagnóstico, comorbidades etc.

2. *Revised Illness Perception Questionnaire* (IPQ-R) (Moss-Morris et al., 2002), que tratou de avaliar a percepção da doença a partir do Modelo do Senso Comum (MSC). Essa escala investiga os sete componentes cognitivos da percepção da doença presentes nas representações mentais, que seguem um modelo lógico baseado no constructo de representações de diferentes tipos de doença: 1) Identidade da doença, seus sintomas; 2) Duração da doença, cíclica, aguda ou crônica; 3) Causas da doença, o que ocasionou seu surgimento; 4) Consequências da doença, efeitos que a doença pode causar, reais ou imaginários; 5) Controle pessoal da doença, daquilo que ele próprio pode fazer para ajudar no controle e na cura da sua doença; 6) Coerência ou percepção do quanto o

indivíduo entende sua doença; 7) Representação emocional da doença, quais os impactos que o diagnóstico pode trazer ao paciente. A dimensão Identidade consta de uma lista de sintomas em que o paciente deve dizer se tal sintoma está ou não relacionado à doença. As demais dimensões são avaliadas a partir de uma escala *Likert* de 1 (um) (discordo plenamente) a 5 (cinco) (concordo plenamente) (quanto maior a pontuação, mais negativa é a percepção da doença). Ainda há uma questão aberta sobre as causas da doença em que o paciente deve enumerar três possíveis causas do seu diagnóstico cardíaco. Nesse estudo, foi retirada da análise apenas a subescala controle do tratamento, porque obteve um alpha de Cronbach inferior a 0,60. As demais dimensões obtiveram bons índices de confiabilidade (variando de 0,69 para duração aguda/crônica à 0,85 para representação emocional).

3. Questionário das Percepções das Informações Fornecidas no Diagnóstico: instrumento elaborado para esse estudo, o qual tratou de avaliar a percepção do paciente em relação à forma pela qual o seu médico abordou as sete dimensões do MSC (Identidade; Causas; Consequências; Controle pessoal; Coerência; Representação emocional) para a explicação da sua doença. Esse instrumento contém nove questões que compreendem respostas de sim e não, referentes à comunicação do diagnóstico por parte do médico, as quais investigam: a especialidade do médico que forneceu o diagnóstico, informações sobre a sintomatologia, causas, duração, consequências, controle pessoal, efetividade do tratamento, entendimento da doença e sentimentos do paciente em relação ao seu diagnóstico. Essas questões foram alinhadas com as questões compreendidas no IPQ-R, para que fosse possível a correlação entre os resultados de ambos os instrumentos. A análise é feita através de frequências e porcentagens de cada uma das perguntas, além de um somatório das respostas ‘sim’.

2.2.3 Procedimentos e delineamento

Trata-se de um estudo de delineamento transversal e correlacional (Creswell, 2010). O presente estudo passou pela avaliação do Comitê de Ética da Universidade do Vale do Rio dos Sinos, com aprovação em 15/12/2014, sob o N° CEP 14/201 e pela aprovação da Coordenação do Centro de Ensino e Pesquisa (CENEP) de um Centro de Cardiologia de um Hospital Regional de uma cidade do interior do RS. Os pacientes foram convidados a participarem da pesquisa antes da consulta médica de rotina com seu médico cardiologista de referência. Nessa abordagem, os pacientes foram informados sobre os objetivos e procedimentos da pesquisa e também receberam esclarecimentos sobre o caráter voluntário da participação e garantia de sigilo dos dados de identificação. A partir disso, os pacientes que aceitaram participar da pesquisa assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e após assinatura, realizou-se a aplicação dos instrumentos da pesquisa junto à sala de espera. Todos os pacientes responderam os questionários sozinhos, num tempo médio de 20 minutos por pessoa.

2.2.4 Análise dos dados

As análises foram feitas através do Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) versão 20.0. A análise dos dados se deu por meio de estatística descritiva das variáveis estudadas em termos de distribuição de frequências, escores, médias e desvio padrão. Estatística paramétrica foi utilizada para verificar a diferença entre os sexos (teste t) e para verificar associação entre as variáveis (Correlação de Pearson).

2.3 Resultados

2.3.1 Análises descritivas

2.3.1.1 Dados Sociodemográficos e Clínicos da Amostra

Dos 71 pacientes com diagnóstico de doença cardíaca que compuseram essa amostra, 33 eram homens (46,5%) e 38 mulheres (53,5%), com média de idade de 59 anos (DP=9,88) e tempo médio de diagnóstico de 83 meses (DP=96,15). A maioria dos participantes possuía somente Ensino Fundamental (68,6%). Os diagnósticos cardíacos com maior incidência foram: angina instável e estável (22%), arritmia cardíaca (19%), insuficiência cardíaca (15%), isquemia miocárdica (14%), estenose (11%) e outros diagnósticos cardíacos (19%). A tabela um mostra os dados sociodemográficos da amostra.

Tabela 1 - Dados sociodemográficos dos participantes (N=71)

		(N)	(%)
Sexo	Masculino	33	46,5
	Feminino	38	53,5
Idade		M= 59,15	DP = 9,88
Tempo de diagnóstico em meses		M= 82,96	DP = 96,15
Escolaridade	Analfabeto	1	1,4
	Ensino Fundamental Inc.	12	17,1
	Ensino Fundamental Completo	48	68,6
	Ensino Médio Inc.	2	2,9
	Ensino Médio Completo	4	5,7
	Superior Inc.	2	2,9
	Superior Completo	1	1,4
Situação ocupacional	Trabalha	22	30,9
	Não trabalha	49	69
Estado Civil	Solteiro/separado/viúvo	22	30,9
	Casado/união estável	49	69

2.3.1.2 Percepção da doença cardíaca

Com relação à percepção dos pacientes sobre a sintomatologia da doença cardíaca (Dimensão Identidade), foram examinadas as frequências e porcentagens atribuídas por eles para cada possível sintoma. Também foi feita uma soma de todos os sintomas atribuídos à doença cardíaca pelos pacientes. Em média, os pacientes atribuíram 7,01 sintomas (DP = 3,35), dos 15 listados pelo instrumento. Observa-se que o sintoma mais

atribuído pelos pacientes à doença cardíaca foi a fadiga (74,6%), seguido da perda de forças (70,4%). Os dados estão descritos na tabela dois.

Tabela 2 - Sintomatologia atribuída à doença cardíaca pelos pacientes (N=71)

	(N de respostas)	%
Fadiga (cansaço)	53	74,6
Perdas de forças	50	70,4
Dores no peito	44	62
Rigidez das articulações	42	59,2
Falta de ar	40	56,3
Dores	39	54,9
Dificuldades em respirar	38	53,5
Tonturas	37	52,1
Dores de cabeça	36	50,7
Dificuldades para dormir	34	47,9
Formigamento nos braços	30	42,3
Indisposição do estômago	30	42,3
Náuseas	28	39,4
Perda de peso	12	16,9
Problemas sexuais	12	16,9

Nas demais dimensões da percepção da doença, os resultados são apresentados numa escala *likert*, que varia de 1 (um) a 5 (cinco). No que tange à duração cíclica da doença, quanto mais próxima de cinco, mais cíclica. O resultado indica uma percepção de duração cíclica média de 3,35. Já a percepção da duração aguda/crônica (respostas perto de um significam duração aguda e de cinco, duração crônica) indicaram que os pacientes têm percepção da doença cardíaca mais crônica que aguda (M=3,82). As consequências da doença (quanto mais perto de cinco, maior consequência negativa) foram um pouco acima da média (M=3,62). A percepção de controle pessoal da doença foi relativamente alta (M=3,92). Sobre a coerência da doença, os pacientes percebiam que sua compreensão da doença era pouco acima da média (M=3,54) e que a doença tem uma representação emocional negativa média (M=3,48); quanto mais próximo de cinco, maior a

representação emocional negativa. A tabela três mostra os dados descritivos das dimensões da percepção da doença:

Tabela 3 - Dimensões da percepção da doença (N=71)

Dimensões do (IPQ-RH)	Mínimo	Máximo	Média	Desvio Padrão
Identidade (número de sintomas)	0	13	7,01	3,35
Representação emocional	1	5	3,48	1,05
Duração cíclica	1,75	5	3,32	0,94
Coerência da doença	1	5	3,54	0,84
Consequências	1,5	5	3,62	0,8
Duração (aguda ou crônica)	1	5	3,82	0,69
Controle pessoal	2,17	5	3,93	0,68

2.3.1.3 Causas atribuídas à doença cardíaca

Com relação às causas atribuídas à doença cardíaca, verificou-se que os pacientes indicaram mais crenças de que a doença foi causada por fatores psicológicos do que a riscos gerais. Assim, os pacientes indicaram fortes crenças de que a doença foi causada por fatores relacionados ao trabalho (M=4,2) alterações das defesas do organismo (M=4), seguido por estresse ou preocupações (M=3,99). Segue a tabela quatro com as causas atribuídas.

Tabela 4 – Causas atribuídas

	Mínimo	Máximo	Média	Desvio Padrão
Causas atribuições psicológicas	1	5	3,51	0,98
Causas atribuições riscos gerais	1,17	4,75	3,28	0,88
Excesso de trabalho	1	5	4,2	1,4
Alteração das defesas do organismo	1	5	4	1,17
Estresse ou preocupação	1	5	3,99	1,35
Hereditariedade	1	5	3,9	1,49
Tipo de alimentação	1	5	3,84	1,49
O meu estado emocional (sentir-me só, ansioso)	1	5	3,76	1,49
Pouca assistência médica no passado	1	5	3,68	1,57
Problemas familiares ou preocupações	1	5	3,66	1,6
A minha atitude mental (pensar sobre a vida de uma forma negativa)	1	5	3,64	1,54
O meu próprio comportamento	1	5	3,62	1,54

A minha personalidade (maneira de ser)	1	5	3,56	1,59
Poluição do ambiente	1	5	3,42	1,47
Envelhecimento	1	5	3,29	1,37
Um micróbio ou um vírus	1	5	2,91	1,36
Excesso de peso	1	5	2,7	1,55
Fumar	1	5	2,52	1,56
Destino ou má sorte	1	5	2,46	1,47
Acidente ou lesão	1	5	2,21	1,28

2.3.1.4 Causas atribuídas ao diagnóstico cardíaco

Com relação à pergunta aberta do IPQ-R, na qual foi questionado o paciente sobre quais as causas que ele atribuía à sua doença (poderiam citar até três, em ordem de importância), as respostas foram organizadas em 16 categorias elaboradas pela pesquisadora, conforme a tabela quatro abaixo. Para avaliar o nível de confiabilidade dessa categorização, as respostas dos participantes também foram avaliadas por duas juízas (duas estudantes de Psicologia) que as analisaram de forma independente e as classificaram dentre as 16 categorias já listadas. Por fim, para avaliar o nível de concordância e confiabilidade da categorização, utilizou-se o *Kappa*, o qual indicou um bom índice de confiabilidade à classificação das respostas, sendo de (0,83) para a primeira resposta, (0,86) para a segunda resposta e (0,85) para a terceira resposta. A primeira causa mais frequente atribuída à doença cardíaca foi hereditariedade (21,1%), seguida por causas relacionadas ao trabalho (18,3%) e sintomas psicológicos (11,2%). As respostas estão apresentadas na tabela cinco.

Tabela 5 - Causas atribuídas ao diagnóstico cardíaco pelos pacientes (N=71)

Causas atribuídas	1 ^a resposta		2 ^a resposta		3 ^a resposta	
	Frequência	Percentil	Frequência	Percentil	Frequência	Percentil
Hereditariedade	15	21,1	7	9,8	1	1,4
Causas relacionadas ao trabalho	13	18,3	8	11,2	10	14,0
Sintomas psicológicos	08	11,2	7	9,8	8	11,2
Por causa de outras doenças	07	9,8	6	8,4	1	1,4

Má sorte ou destino	06	8,4	1	1,4	0	00
Falta de acesso a recursos	05	7,0	6	8,4	3	4,2
Evento estressor	05	7,0	2	2,8	2	2,8
Problemas familiares	02	2,8	4	5,6	5	7,0
Hábitos não saudáveis	02	2,8	6	8,4	5	7,0
Perda de pessoas da família	02	2,8	3	4,2	3	4,2
Mau funcionamento do organismo	02	2,8	0	00	2	2,8
Uso de drogas	02	2,8	0	00	1	1,4
Personalidade	01	1,4	2	2,8	0	00
Idade	01	1,4	0	00	0	00
Agentes químicos	00	0	1	1,4	1	1,4

2.3.1.5 Percepção sobre as informações dadas no diagnóstico a partir das dimensões do MSC

No que diz respeito à comunicação do diagnóstico da doença cardíaca, 41 pacientes (66%) referiram ter recebido o seu diagnóstico pelo médico especialista em cardiologia. Conforme mostra a tabela seis, a percepção dos pacientes é de que, em geral, o médico, no momento do diagnóstico, comunicou sobre as dimensões da percepção da doença (sobre os sintomas, duração, consequências, causas, controle pessoal e do tratamento, compreensão e representação emocional), especialmente sobre o papel do paciente no controle/cura da sua doença. Seguem as respostas na tabela seis.

Tabela 6 - Dimensões do MSC na comunicação do diagnóstico

	Frequência	Percentil
Informação sobre o controle/cura pessoal	57	80,3
Informação sobre o controle/cura do tratamento	54	76,1
Informação sobre os sintomas	46	64,8
Informação sobre as causas	43	60,6
Informação sobre as consequências	41	57,7
Investigação do médico sobre a compreensão do paciente	38	53,5
Informação sobre a duração da doença	35	49,3
Investigação do médico sobre o estado emocional do paciente	30	42,3

2.3.1.6 Correlações entre as dimensões da percepção da doença do paciente e as dimensões da percepção da doença na comunicação do diagnóstico

Não foram encontradas correlações significativas entre as dimensões da percepção da doença e as dimensões da percepção na comunicação do diagnóstico pelo médico. Contudo, foram encontradas algumas correlações entre as dimensões da percepção da doença e variáveis sociodemográficas.

As análises apontaram correlação negativa fraca entre idade e coerência da doença ($r=-0,262$; $p=0,038$), sugerindo que quanto mais velho é o paciente, menos ele acredita que entende sobre a sua doença. Foram encontradas também correlações negativas entre as dimensões consequências e coerência da doença ($r=-0,377$; $p=0,002$), mostrando que quanto maior são as crenças sobre consequências negativas da doença, menos os pacientes acreditam que entendem a doença. Ainda com relação às consequências, verificou-se forte correlação positiva com representação emocional negativa ($r=0,511$; $p=0,000$), positiva e fraca com duração crônica ($r=0,269$; $p=0,033$) e duração cíclica ($r=0,252$; $p=0,046$). Esses resultados indicaram que quanto mais crenças sobre consequências negativas da doença, mais o paciente percebe a doença como crônica, cíclica e com efeitos emocionais negativos.

Com relação à coerência da doença, foi observada correlação negativa com duração cíclica ($r=-0,309$; $p=0,014$) e representação emocional ($r=-0,354$; $p=0,004$). Esses resultados sugerem que quanto mais o paciente acredita que entende sobre a sua doença, menos cíclica ela é e menor impacto emocional ele acredita que a doença causa. Por fim, o controle pessoal correlacionou-se de maneira positiva e fraca com representação emocional ($r=0,287$; $p=0,023$), indicando que quanto maior é a percepção de controle pessoal, maior a representação emocional negativa da doença.

2.3.1.7 Comparações de médias (teste t)

Realizou-se teste t para comparar a percepção da doença e da comunicação do diagnóstico entre pacientes homens e mulheres. Foram encontradas diferenças significativas com relação às dimensões Identidade ($t=-2,961$; $p=0,004$) em que a média das mulheres ($m=8,11$; $dp=3,24$) é maior que a dos homens ($m=5,81$; $dp=3,10$), isto é, as mulheres atribuíram mais sintomas à doença cardíaca que os homens. O mesmo ocorreu na dimensão duração cíclica ($t=-2,234$; $p=0,029$), a média das mulheres ($m=3,56$; $dp=0,99$) foi maior que a dos homens ($m=3,05$; $dp=0,82$).

2.4 Discussão

O objetivo principal desse estudo foi avaliar a percepção da doença em indivíduos cardíacos e sua relação com a percepção das sete dimensões do Modelo de Senso Comum (MSC) identificadas na comunicação do seu diagnóstico. O principal achado desse estudo foi verificar que a percepção da doença se mostrou independente das informações fornecidas pelo médico no momento da comunicação do diagnóstico. Portanto, ainda que grande parte dos pacientes tenha referido que recebeu informações do seu médico no momento do seu diagnóstico sobre os sintomas, causas, consequências, controle pessoal e do tratamento da sua doença, reações emocionais, nada disso teve relação com as suas crenças sobre a doença nessas mesmas dimensões. Diante desse resultado, pode-se pensar em duas hipóteses para ajudar na compreensão desses resultados: 1) O paciente reconhece que as informações sobre a doença foram fornecidas pelo médico, no entanto, elas não tiveram impacto nas suas crenças em relação à sua doença por um impasse na comunicação; 2) A construção do conhecimento sobre a doença cardíaca e as crenças relacionadas a ela podem ser construídas fora do contexto da relação médico-paciente, e

as informações dadas na consulta podem não ter o peso necessário para modificar o que pensam os pacientes sobre a sua doença.

Com base na primeira hipótese, pode-se compreender que talvez a comunicação do médico tenha sido falha, descontextualizada da realidade do paciente e, portanto, não ter significado relevante para o indivíduo. Para Phillips et al. (2011), o nível de compreensão do paciente sobre uma determinada doença depende da qualidade das informações fornecidas e do quanto elas estiverem alinhadas com as suas representações cognitivas e emocionais. Além dessa questão, também pode-se pensar que a relação entre médico e paciente pode ter sido estabelecida de forma superficial, a qual o paciente não tenha se sentido à vontade para tirar suas dúvidas e expressar seu conhecimento e suas percepções (crenças) sobre a doença cardíaca. Quando a relação se caracteriza dessa forma, os efeitos das intervenções clínicas podem não ser muito resolutivas (Di Matteo et al., 2012). O médico deve estar atento às características do seu paciente e explorar suas percepções sobre a doença para que possa transmitir as informações de forma mais adaptada e contextualizada ao indivíduo (Phillips et al., 2011). Ao encontro dessa questão, um estudo realizado por Leventhal, Brisette e Leventhal (2003) mostrou que as expectativas que o médico constrói durante a consulta exerce uma influência significativa nas percepções do paciente acerca da sua doença. Nesse estudo, foram investigadas as percepções do paciente sobre sua doença após a consulta e posteriormente foram investigadas as expectativas dos médicos em relação à adesão desses indivíduos ao tratamento (aspectos favoráveis e desfavoráveis), bem como aspectos da sua comunicação. Os resultados indicaram que as percepções mais imprecisas sobre a doença e menos coerentes foram expressadas pelos pacientes que não obtiveram uma comunicação médica baseada no MSC e que foram avaliados pelo médico como tendo baixo potencial de adesão ao tratamento. Por outro lado, a comunicação médica baseada

no MSC, aliada a expectativas mais positivas deste profissional em relação à adesão do paciente ao tratamento (bom entendimento da doença e boa capacidade de resolução de problemas) foi preditora de respostas mais realistas desses pacientes em relação à sua doença, bem como do seu tratamento.

Em relação à segunda hipótese levantada, de que o conhecimento e as crenças sobre a doença cardíaca podem ser construídos fora do contexto da relação médico-paciente, pode-se compreender que essas percepções (crenças) são pré-existentes ao próprio adoecimento do paciente, e podem ser tão arraigadas que uma conversa com o médico não as transforme. Para Leventhal et al. (2003), o paciente cria suas percepções a respeito de uma doença através das experiências adquiridas (próprias e vicárias) ao longo da vida, as quais orientam seu comportamento de enfrentamento. Essas percepções podem ser condizentes com a realidade da situação ou não, podendo ser até mesmo mais arraigadas do que as próprias informações técnico/científicas fornecidas pelo médico no momento da consulta. Além disso, as pessoas tendem a avaliar as possíveis situações de risco em saúde de acordo com as crenças de consequências associadas à doença (Figueiras, 2007). Desse modo, as percepções sobre a doença cardíaca dos indivíduos desse estudo podem ter sofrido influências das suas experiências diretas ou indiretas anteriores à sua doença (morte de familiares ou amigos), que podem ser mais significativas do que as próprias informações trazidas pelo médico a respeito do seu diagnóstico. Além disso, a idade avançada e a baixa escolaridade dos pacientes desse estudo também podem ter implicações nesse resultado. Pode-se pensar que seria necessário proporcionar intervenções a esses pacientes para além do contato médico, a fim de promover crenças e, assim, tornar mais coerente sua percepção em relação à doença. O treinamento e apoio das equipes médicas também poderiam ajudar a fornecer

maior embasamento à sua prática, tornando sua comunicação mais efetiva e resolutiva para o paciente.

O fato das mulheres terem a percepção de que a doença cardíaca possui mais sintomas e é mais cíclica que os homens, vem ao encontro de outros resultados de pesquisa (Figueiras, Monteiro & Caeiro, 2012; Yan et al., 2011). Ao que tudo indica, parece que as mulheres demonstram maior disponibilidade para falar dos seus sintomas, enquanto que os homens tendem a não os relatar, mesmo nos casos em que os sintomas estão mais evidentes (uso de aparelho de monitoramento dos batimentos, cicatrizes de cateter, por exemplo). Talvez essa questão possa ser compreendida a partir dos constructos sociais, já que os homens parecem ter suas ações focadas na resolução de problemas advindos da doença e do tratamento, enquanto as mulheres tendem a procurar apoio emocional e social para lidar com a situação de ameaça à sua saúde (González & Rodríguez-Carvajal, 2015). Esse aspecto pode representar um fator importante a ser considerado pelas equipes de saúde para identificar e diferenciar as representações da doença cardíaca em homens e mulheres e, assim, orientar suas medidas de cuidado de forma mais cautelosa e precisa de acordo com o gênero.

Os pacientes mais velhos creem que compreendem menos a sua doença. É possível que esses pacientes tenham maior número de comorbidades associadas à doença cardíaca, o que, por sua vez, pode ocasionar diferentes sintomas físicos e inclusive comprometimento cognitivo, razões que podem dificultar a sua compreensão e alcance sobre os aspectos que envolvem a sua doença. Por outro lado, aspectos culturais, como o estigma, relacionado à terceira idade, de que não são capazes de se autogerir, podem interferir na sua autoeficácia (Rabelo & Cardoso, 2007). Ainda sobre as percepções da doença, diferentemente dos estudos de McCabe et al. (2011) e Riley et al. (2012), mais da metade dos pacientes dessa amostra achavam que compreendiam bem a sua doença e, da

mesma forma, possuíam capacidade de controlá-la. Talvez, uma explicação possível para essa dissimilaridade seja a idade avançada dos participantes desse estudo, sendo que, segundo Pollock e Schmidt, (2003), os pacientes mais velhos tendem a representar emocionalmente a doença cardíaca como menos ameaçadora do que os mais jovens. Nessa etapa do ciclo vital, os filhos são independentes e os idosos estão menos ativos no mercado de trabalho, portanto o impacto emocional da doença cardíaca tende a ser menor do que em pessoas jovens. Este fato pode conferir às pessoas mais velhas a crença de maior controle autorregulatório sobre a sua doença (Phillips et al., 2012).

Quanto às causas da doença, ao encontro dos resultados dos estudos de McCabe et al. (2011) e Schroeder et al. (2012), os pacientes atribuíram a doença a causas predominantemente psicológicas e pouco relacionadas ao estilo de vida. Essas percepções indicaram que a doença cardíaca tende a ser interpretada como uma doença pouco relacionada com os comportamentos do indivíduo, o que faz com que o paciente não se compreenda como parte responsável pela sua condição de saúde. Partindo disso, uma forma possível de modificar essas representações poderia ser a inclusão de estratégias voltadas ao processo psicoeducativo desses pacientes para ampliar o conhecimento sobre a sua patologia, melhorar sua implicação com o tratamento agindo na alteração da percepção de risco da doença cardíaca.

No que se refere à duração, percebeu-se que os pacientes cardíacos a percebiam mais crônica que aguda, com sintomas relativamente cíclicos, relacionados a consequências negativas da doença. Ainda que haja essa percepção, a cronicidade da doença cardíaca é uma característica que deve ser bastante enfatizada pelas equipes no cuidado ao paciente, uma vez que uma percepção realista dessa cronicidade orientará o cuidado e a adesão ao tratamento nesses pacientes.

A relação entre consequências negativas da doença e pouca compreensão (coerência) sobre o seu diagnóstico comprometem a percepção realista da sua doença e o paciente pode ter dificuldades em vislumbrar alternativas possíveis para enfrentá-la. De acordo com Leventhal et al. (2011), quando o paciente consegue desenvolver uma percepção mais clara e realista do seu diagnóstico, melhor será a sua adaptação com a doença e melhor será a sua postura de enfrentamento da mesma. Nessa perspectiva, o ajustamento das crenças sobre as consequências da doença cardíaca pode ser uma estratégia importante para adesão do paciente ao tratamento. Alguns estudos (Blair et al., 2014; Mc Cabe et al., 2011; Yan et al., 2011) já mostraram essa associação entre consequências negativas da doença com a duração crônica e cíclica e representação emocional negativa. Analisando esses resultados, parece que o fato do paciente perceber sua doença como causadora de consequências mais negativas à sua vida pode torná-lo mais ansioso, portanto mais sintomático e menos autorregulado.

Os pacientes que acreditavam que compreendiam bem a sua doença (dimensão coerência), assim como nos estudos de Le Grande et al. (2012), MacInnes (2013) e Steca et al. (2013), percebiam-na como menos cíclica (dimensão duração) e possuíam uma representação emocional menos negativa. Partindo disso, pode-se compreender que quando o indivíduo se sente mais esclarecido sobre a sua doença, sua capacidade de avaliar a sua condição de saúde se torna mais clara e mais precisa e esse aspecto o torna mais consciente, melhorando sua capacidade de avaliação realista da doença. De acordo com Phillips et al. (2012), o fato do indivíduo acreditar que pode ser capaz de controlar a sua doença pode torná-lo mais motivado e fazer com que o mesmo mantenha maior equilíbrio auto-regulatório, o que pode vir a melhorar sua capacidade de resolução dos problemas que derivam da sua doença.

2.5 Conclusão

Esse estudo possibilitou o rastreamento das crenças dos pacientes cardíacos e a verificação de que elas são independentes das informações sobre sintomas, causas, consequências, controle, duração, representação emocional que os médicos informam no diagnóstico. As crenças de que a doença cardíaca está associada mais a questões psicológicas do que a outros fatores de risco gerais podem ter um impacto negativo no gerenciamento do tratamento e na busca de ajuda. A partir disso, pode-se compreender que a percepção pode interferir na compreensão do quadro clínico e nas condutas relacionadas ao seu próprio cuidado e a adesão ao tratamento médico.

As diferenças de gênero encontradas na percepção da doença com respeito aos sintomas e duração cíclica mostram evidência à necessidade de uma atenção diferenciada por parte dos profissionais da saúde que considere as particularidades entre homens e mulheres. Da mesma forma, é importante orientar os profissionais para que atuem com as pessoas idosas de maneira a aumentar sua capacidade (e crença) de que elas entendem sim sobre a sua doença, empoderando-as.

Esse estudo apresenta algumas limitações, em especial a heterogeneidade de diagnósticos cardíacos dos participantes e a pouca escolaridade. Pesquisas futuras poderão investigar diagnósticos cardíacos específicos para compreender essas possíveis diferenças. Além disso, o tempo entre o recebimento do diagnóstico de doença cardíaca e o momento da aplicação dos questionários nos participantes pode ter interferido nas memórias do paciente no momento de responder o questionário que investigava aspectos relacionados à comunicação do diagnóstico (viés de memória). Nesse sentido, é importante o desenvolvimento de estudos longitudinais que avaliem a percepção da comunicação do diagnóstico no momento em que ele é feito e a evolução da percepção da doença ao longo do tratamento.

Apesar dessas limitações, os resultados desse estudo são relevantes ao deixar evidente que as percepções da doença cardíaca precisam ser reajustadas e trabalhadas pela equipe de saúde a fim de promover uma melhor qualidade de vida ao paciente. Entende-se que a percepção da doença é importante de ser avaliada, mas não é suficiente para explicar a complexidade dos fatores envolvidos na doença cardíaca e na autorregulação do indivíduo frente à doença. Com isso, espera-se que esse estudo tenha contribuído para elucidar algumas dessas questões e subsidiar melhor cuidado do paciente por parte dos profissionais da saúde e futuras intervenções psicoeducativas mais efetivas para melhorar sua qualidade de vida.

REFERÊNCIAS

- Blair, J., Angus, N. J., Lauder, W. J., Atherton, I., Evans, J. & Leslie, S. J. (2014). The influence of non-modifiable illness perceptions on attendance at cardiac rehabilitation. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 13(1), 55-62.
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica (2013). *Diretrizes para o cuidado das pessoas com doenças crônicas nas redes de atenção à saúde e nas linhas de cuidado prioritárias*. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Retrieved from http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/diretrizes_doencas_cronicas.pdf
- Castro, R. A. D., Aliti, G. B., Linhares, J. C. & Rabelo, E. R. (2010). Adesão ao tratamento de pacientes com insuficiência cardíaca em um hospital universitário. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 31(2), 225-231. doi: 10.1590/S1983-14472010000200004.
- Creswell, J. W. (2010). *Projeto de pesquisa: métodos qualitativo, quantitativo e misto*. Porto Alegre: Artmed.

- DiMatteo, M. R., Haskard-Zolnierok, K. B. & Martin, L. R. (2012). Improving patient adherence: a three-factor model to guide practice. *Health Psychology Review*, 6(1), 74-91. doi: 10.1080/17437199.2010.537592
- Figueiras, M. J. (2007). Percepção individual de risco: abordagens em contexto de saúde. *Revista Fatores de Risco*, 5, 87-89.
- Figueiras, M. J., Monteiro, R.. & Caeiro, R. (2012). Crenças erróneas e percepção da doença em pacientes cardíacos e seus cônjuges: um estudo piloto. *Psychology, Community and Health*, 1(3), 232-245. doi: 10.5964/pch.v1i3.24
- Go, A. S., Mozaffarian, D., Roger, V. L., Benjamin, E. J., Berry, J. D., Blaha, M. J. ... & Stroke, S. S. (2014). Heart disease and stroke statistics-2014 update: a report from the American Heart Association. *Circulation*, 129(3), e28.
- González H.R. & Rodríguez-Carvajal, R. (2015). Profesionales de enfermería: existencia o ausencia de sesgos de género y su repercusión sobre la salud de las mujeres. *Revista Rol de Enfermería*, 38(1), 48-52.
- Le Grande, M. R., Elliott, P. C., Worcester, M. U., Murphy, B. M., Goble, A. J., Kugathasan, V. & Sinha, K. (2012). Identifying illness perception schemata and their association with depression and quality of life in cardiac patients. *Psychology, health & medicine*, 17(6), 709-722.
- Leventhal H., Leventhal E. A. & Breland J. (2011). Cognitive science speaks to the “common-sense” of chronic illness management. *Annals of Behavioral Medicine*, 41, 152–163.
- Leventhal, H., Breland, J. Y., Mora, P. A. & Leventhal, E. A. (2010). *Lay representations of illness and treatment: A framework for action*. In A. Steptoe, K. Freedland, R. Jennings, M. Llabre, S. Manuck, & E. Susman (Eds.), *Handbook of behavioral medicine: Methods and applications*. New York: Springer.

- Leventhal, H., Brisette, I. & Leventhal, E. A. (2003). *The common-sense model of self-regulation of health and illness*. In Cameron, L. D. & Leventhal, H. (Org). *The self-regulation of health and illness behavior*. (pp. 42-65). London: Routledge.
- MacInnes, J. (2013). An exploration of illness representations and treatment beliefs in heart failure. *Journal of clinical nursing*, 23(9-10), 1249-1256.
- McCabe, P. J., Barnason, S. A. & Houfek, J. (2011). Illness beliefs in patients with recurrent symptomatic atrial fibrillation. *Pacing and Clinical Electrophysiology*, 34, 810-820.
- McLean, C. P., Asnaani, A., Litz, B. T. & Hofmann, S. G. (2011). Gender differences in anxiety disorders: prevalence, course of illness, comorbidity and burden of illness. *Journal of psychiatric research*, 45(8), 1027-1035.
- Mosca, L., Mochari-Greenberger, H., Dolor, R. J., Newby, L. K. & Robb, K. J. (2010). Twelve-year follow-up of American women's awareness of cardiovascular disease risk and barriers to heart health. *Circulation: Cardiovascular Quality and Outcomes*, 3(2), 120-127. doi: 10.1161/CIRCOUTCOMES.109.915538.
- Moss-Morris, R., Weinman, J., Petrie, K. J., Horne, R., Cameron, L.D. & Buick, D. (2002). The Revised Illness Perception Questionnaire (IPQ-R). *Psychology and Health*, 17, 1-16. doi: 10.1080/08870440290001494
- Phillips, L. A., Leventhal, E. A. & Leventhal, H. (2011). Factors associated with the accuracy of physicians' predictions of patient adherence. *Patient education and counseling*, 85(3), 461-467.
- Phillips, L. A., Leventhal, H. & Leventhal, E. A. (2012). Physicians' communication of the common-sense self-regulation model results in greater reported adherence than physicians' use of interpersonal skills. *British Journal of Health Psychology*, 17(2), 244-257. doi: 10.1111/j.2044-8287.2011.02035.x

- Pollock, M. L. & Schmidt, D. H. (2003). *Doença cardíaca e reabilitação* (3.ed.). Rio de Janeiro: Revinter.
- Rabelo, D. F., & Cardoso, C. M. (2007). Auto-eficácia, doenças crônicas e incapacidade funcional na velhice. *Psico-USF*, 12(1), 75-81.
- Riley, J. P., Habibi, H., Banya, W., Gatzoulis, M. A., Lau-Walker, M. & Cowie, M. R. (2012). Education and support needs of the older adult with congenital heart disease. *Journal of advanced nursing*, 68(5), 1050-1060.
- Santos, R. M. B. L. & Galdeano, L. E. (2008). Qualidade de vida de portadores de insuficiência cardíaca. *Acta Paulista de Enfermagem*, 21(2), 243-8. doi: 10.1590/S0103-21002008000200002
- Schroeder, S., Achenbach, S., Körber, S., Nowy, K., de Zwaan, M. & Martin, A. (2012). Cognitive-perceptual factors in noncardiac chest pain and cardiac chest pain. *Psychosomatic medicine*, 74(8), 861-868.
- Steca, P., Greco, A., D'Addario, M., Monzani, D., Pozzi, R., Villani, A., ... & Parati, G. (2013). Relationship of illness severity with health and life satisfaction in patients with cardiovascular disease: The mediating role of self-efficacy beliefs and illness perceptions. *Journal of Happiness Studies*, 14(5), 1585-1599.
- Yan, J., You, L. M., He, J. G., Wang, J. F., Chen, L., Liu, B. L., ... & Jin, S. Y. (2011). Illness perception among Chinese patients with acute myocardial infarction. *Patient education and counseling*, 85(3), 398-405.

CONSIDERAÇÕES FINAIS DA DISSERTAÇÃO

O presente estudo possibilitou uma melhor compreensão das percepções/crenças que os indivíduos possuem acerca das doenças cardíacas, proporcionando um panorama geral sobre as pesquisas recentes nessa área e dados empíricos de uma população com diferentes diagnósticos de doença cardíaca. O delineamento transversal e correlacional permitiu análises entre as variáveis de percepção da doença e percepção dos pacientes a respeito da comunicação médica do diagnóstico. Os resultados apresentaram dados inovadores que vão para além da compreensão das crenças sobre a doença cardíaca e de como essas se relacionam com a comunicação médica do seu diagnóstico. Assim, nesse estudo, as crenças dos pacientes cardíacos se mostraram independentes das informações fornecidas pelo médico. A partir disso, esse estudo apontou para algumas questões que podem estar relacionadas a essa dissimilaridade, buscando enfatizar a importância de maiores investigações nesse sentido.

Alguns resultados encontrados no estudo empírico estão em conformidade com os encontrados nos estudos de revisão bibliográfica. Percebeu-se que os pacientes cardíacos a percebiam mais crônica que aguda, com sintomas relativamente cíclicos, relacionados a consequências negativas da doença. A doença cardíaca foi pouco relacionada ao estilo de vida dos indivíduos, com maior predomínio de crenças de que a doença foi causada por fatores psicológicos, hereditariedade e causas relacionadas ao trabalho. Ainda que existam limitações nesse estudo e que os dados não sejam passíveis de generalização, acredita-se que o trabalho desenvolvido pode auxiliar futuros atendimentos e intervenções com indivíduos cardíacos, servindo, também, para o incentivo de novas investigações no campo das doenças crônicas. Com isso, a conclusão dessa dissertação representa um ganho de conhecimento muito importante à minha trajetória profissional,

que servirá como base para auxiliar futuras intervenções no campo da psicologia da saúde.

APÊNDICES

APÊNDICE B - *Revised Illness Perception Questionnaire (IPQ-R)*

Por favor, indique, marcando com um círculo (sim ou não), se acha que estes sintomas estão relacionados com a sua *doença*.

	Este sintoma está relacionado com a <i>doença</i>	
	SIM	NÃO
Dores		
Dores no peito		
Formigamento nos braços		
Náusea		
Falta de ar		
Perda de peso		
Fadiga (cansaço)		
Rigidez das articulações		
Dificuldade em respirar		
Dores de cabeça		
Indisposição de estômago		
Dificuldade para dormir		
Tonturas		
Perda de forças		
Problemas sexuais		

Estamos interessados em sua opinião sobre a sua *doença*. Por favor, indique o seu acordo ou desacordo com as seguintes afirmações, colocando uma cruz no quadrado que ache apropriado para o seu caso. Não há respostas certas, nem erradas.

		Discorda plenamente	Discorda	Não concorda nem discorda	Concorda	Concorda plenamente
1	A minha doença dura pouco tempo	1	2	3	4	5
2	A minha doença parece ser mais permanente que temporária	1	2	3	4	5
3	A minha doença vai durar muito tempo	1	2	3	4	5

4	Esta doença vai passar depressa	1	2	3	4	5
5	Acho que a minha doença vai durar para o resto da minha vida	1	2	3	4	5
6	A minha doença é grave	1	2	3	4	5
7	A minha doença tem grandes conseqüências para a minha vida	1	2	3	4	5
8	A minha doença não tem grande efeito na minha vida	1	2	3	4	5
9	A minha doença afeta seriamente a forma como os outros me vêem	1	2	3	4	5
10	A minha doença tem sérias conseqüências econômicas	1	2	3	4	5
11	A minha doença causa dificuldades aqueles que me são próximos	1	2	3	4	5
12	Há muita coisa que eu possa fazer para controlar os meus sintomas	1	2	3	4	5
13	O que eu faço pode determinar se a minha doença melhora ou piora	1	2	3	4	5
14	A evolução da minha doença depende de mim	1	2	3	4	5
15	Nada do que eu faça irá afetar a minha doença	1	2	3	4	5
16	Eu tenho o poder de influenciar a minha doença	1	2	3	4	5
17	As minhas ações não terão qualquer efeito no resultado da minha doença	1	2	3	4	5
18	A minha doença vai melhorar com o tempo	1	2	3	4	5
19	Há pouco o que se possa fazer para melhorar a minha doença	1	2	3	4	5
20	O tratamento é eficaz na cura da minha doença	1	2	3	4	5
21	Os efeitos negativos da minha doença poderão ser prevenidos ou evitados pelo tratamento	1	2	3	4	5
23	Não há nada que possa ajudar a minha situação	1	2	3	4	5
24	Os sintomas da minha doença me confundem	1	2	3	4	5

		Discorda plenamente	Discorda	Não concorda nem discorda	Concorda	Concorda plenamente
25	A minha doença é um mistério para mim	1	2	3	4	5
26	Não compreendo a minha doença	1	2	3	4	5
27	A minha doença não faz qualquer sentido para mim	1	2	3	4	5
28	Tenho uma ideia clara sobre a minha doença	1	2	3	4	5
29	Os sintomas da minha doença mudam bastante de dia para dia	1	2	3	4	5
30	Os sintomas da minha doença vêm e vão em ciclos	1	2	3	4	5
31	A minha doença é muito imprevisível	1	2	3	4	5
32	A minha doença passa por fases em que melhora ou piora	1	2	3	4	5
33	Fico deprimido (a) quando penso sobre a minha doença	1	2	3	4	5
34	Quando penso sobre a minha doença fico perturbado (a)	1	2	3	4	5
35	A minha doença faz-me sentir zangado (a)	1	2	3	4	5
36	A minha doença não me preocupa	1	2	3	4	5
37	Ter esta doença torna-me ansioso (a)	1	2	3	4	5
38	A minha doença faz-me sentir medo	1	2	3	4	5

Gostaríamos de saber o que você considera ser a causa da sua doença. Como as pessoas são muito diferentes, não há respostas certas para esta questão. Estamos mais interessados em suas opiniões acerca dos fatores que causam esta doença, do que nas opiniões de outros, incluindo o que médicos ou outras pessoas, possam-lhe ter sugerido. Abaixo encontra-se uma lista das causas possíveis para a doença. Por favor, indique o quanto concorda ou discorda com essas causas, marcando com um X o quadrado apropriado.

	Concorda plenamente	Concorda	Não concorda nem discorda	Discorda	Discorda plenamente
Estresse ou preocupação	1	2	3	4	5
Hereditariedade (é de família)	1	2	3	4	5
Fumar	1	2	3	4	5
Excesso de peso	1	2	3	4	5
Destino ou má sorte	1	2	3	4	5
Tipo de alimentação	1	2	3	4	5
Poluição do ambiente	1	2	3	4	5
O meu estado emocional (sentir-me só, ansioso)	1	2	3	4	5
O meu próprio comportamento	1	2	3	4	5
Pouca assistência médica no passado	1	2	3	4	5
Acidente ou lesão	1	2	3	4	5
A minha personalidade (maneira de ser)	1	2	3	4	5
Envelhecimento	1	2	3	4	5
Um micróbio ou um vírus	1	2	3	4	5
A minha atitude mental (pensar sobre a vida de uma forma negativa)	1	2	3	4	5
Alteração das defesas do organismo	1	2	3	4	5
Problemas familiares ou preocupações	1	2	3	4	5
Excesso de trabalho	1	2	3	4	5

Por favor, classifique por ordem de importância os três fatores que lhe parecem poder causar a sua doença. Você pode usar qualquer uma das causas referidas no quadro anterior ou outras que considere importante.

As causas mais importantes para mim são:

1. _____

2. _____

3. _____

APÊNDICE C – Questionário das Percepções das Informações Fornecidas no Diagnóstico

Gostaríamos de saber como lhe foi comunicado o diagnóstico da sua doença cardíaca. Por favor, marque SIM para as questões que aconteceram com você e NÃO para aquelas não aconteceram:

1	Você soube da sua doença através do seu médico cardiologista?	Sim	Não
2	Você foi informado pelo seu cardiologista sobre os sintomas da sua doença?	Sim	Não
3	Você foi informado pelo seu cardiologista sobre as causas da sua doença?	Sim	Não
4	Você foi informado pelo seu cardiologista sobre a duração da sua doença?	Sim	Não
5	Você foi informado pelo seu cardiologista sobre as consequências da sua doença?	Sim	Não
6	Você foi informado pelo seu cardiologista sobre o que você pode fazer para controlar ou curar a sua doença?	Sim	Não
7	Você foi informado pelo seu cardiologista sobre como o tratamento pode lhe ajudar a controlar ou curar a sua doença?	Sim	Não
8	O seu cardiologista lhe perguntou se você entendeu sobre a sua doença?	Sim	Não
9	O seu cardiologista lhe perguntou como você se sente sobre a sua doença?	Sim	Não

APÊNDICE D – Termo de Aprovação do Comitê de Ética da Unisinos



UNIVERSIDADE DO VALE DO RIO DOS SINOS
Unidade de Pesquisa e Pós-Graduação (UAP&PG)
Comitê de Ética em Pesquisa (CEP)

Versão março/2008

UNIDADE DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA RESOLUÇÃO 190/2014

O Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade do Vale do Rio dos Sinos – UNISINOS analisou o projeto:

Projeto: Nº CEP 14/201 **Versão do Projeto:** 15/12/2014 **Versão do TCLE:** 15/12/2014


Coordenadora:
Mestranda Viviane Altenhofen (PPG em Psicologia)

Título: A percepção da doença e a comunicação médico-paciente em pessoas com doenças cardiovasculares.

Parecer: O projeto foi APROVADO, por estar adequado ética e metodologicamente, conforme os preceitos da Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde.

A pesquisadora deverá encaminhar relatório anual sobre o andamento do projeto, conforme o previsto na Resolução CNS 466/12, item XI.2, letra d. Somente poderão ser utilizados os Termos de Consentimento onde conste a aprovação do CEP/UNISINOS.

São Leopoldo, 15 de dezembro de 2014.


Prof. Dr. José Roque Junges
Coordenador do CEP/UNISINOS

APÊNDICE E – Termo de Consentimento Livre Esclarecido - TCLE



UNIVERSIDADE DO VALE DO RIO DOS SINOS
Unidade Acadêmica de Pesquisa e Pós-Graduação
Comitê de Ética em Pesquisa

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – TCLE

Prezado(a) senhor(a):

Pelo presente termo, lhe convidamos a participar de uma pesquisa que consiste em conhecer como pessoas com doenças cardiovasculares percebem a sua doença e a comunicação com seu médico. O presente projeto faz parte da Dissertação de Mestrado em Psicologia Clínica, da psicóloga Viviane Altenhofen, no Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade do Vale do Rio dos Sinos (UNISINOS), sob a orientação da Profa. Dra. Elisa Kern de Castro, em colaboração com o Hospital Bruno Born de Lajeado (RS)

Caso o(a) senhor(a) concorde em participar, deverá responder a questionários sobre o assunto. Você levará cerca de trinta minutos para responder aos questionários.

Os seus dados e o dos demais participantes são confidenciais e em nenhum momento serão divulgados individualmente. É possível que os resultados da pesquisa sejam apresentados em eventos e publicações científicas, no entanto, os resultados serão apresentados sempre de maneira geral, sem identificações.

É importante salientar que a participação na pesquisa é totalmente voluntária, não possui custo e também não afetará o atendimento que o(a) senhor(a) recebe do seu médico e equipe no hospital. O senhor(a) também poderá desistir de participar da pesquisa caso já tenha respondido aos questionários.

Em qualquer momento a pesquisadora estará à disposição para esclarecer dúvidas relativas ao projeto através do telefone (51) 97571127 (Viviane Altenhofen), ou pelo e-mail: vivi_altenhofen@hotmail.com.

Dessa forma, estamos lhe convidando a participar desse estudo, e pedimos sua autorização através da assinatura desse Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, em duas vias.

_____ de _____ de 2015.

Assinatura do participante

Assinatura da pesquisadora

CEP - UNISINOS
VERSÃO APROVADA
Em: 15 / 12 / 14
.....
JP