

## PERCEPÇÃO DA DOENÇA EM PACIENTES CARDÍACOS: UMA REVISÃO SISTEMÁTICA

**Viviane Altenhofen**

*Universidade do Vale do Rio dos Sinos*

**Natália Britz de Lima**

*Universidade do Vale do Rio dos Sinos*

**Elisa Kern de Castro**

*Universidade do Vale do Rio dos Sinos*

### 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. As buscas foram feitas nas bases de dados PsycInfo, 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.

## ILLNESS PERCEPTION IN CARDIAC PATIENTS: A SYSTEMATIC REVIEW

### Abstract

This systematic review of literature aimed to investigate articles published between 2009 and 2015 about illness perception in cardiac patients, based on the Common Sense Model (CSM). Searches were performed at the databases PsycInfo, Medline e PubMed. The descriptors used were cardiac disease, illness perception, illness representation and illness beliefs. The results showed that cardiac disease is associated to serious consequences to patient's life, with causes attributed to factors regardless of the individual's behavior (psychological causes, hereditary, virus, bad luck, etc.). Furthermore, cardiac patients tend to believe more in treatment to control than in personal control.

**Keywords:** Cardiac disease; Illness perception; Illness representation; Beliefs.

## PERCEPCIÓN DE LA ENFERMEDAD EN PACIENTES CARDÍACOS: UNA REVISIÓN SISTEMÁTICA

### Resumen

La presente revisión sistemática de la literatura tuvo el objetivo de analizar artículos publicados entre 2009 y 2015 que examinaron la percepción de la enfermedad en pacientes cardíacos a partir del Modelo del Sentido Común. Las búsquedas fueron realizadas en las bases de datos PsycInfo, Medline e PubMed. Fueron utilizados las palabras-clave: cardiac disease, illness perception, illness representation e illness beliefs. Los resultados mostraron que la percepción de la enfermedad cardíaca está asociada a consecuencias graves a la vida del paciente, con causas atribuidas a factores independientes de las conductas de la persona (causas psicológicas, hereditariedad, virus, mala suerte, etc). Además, los pacientes cardíacos creen más en el tratamiento para el control de la enfermedad que en su control personal.

**Palabras clave:** enfermedad cardíaca; percepción de la enfermedad; representación de la enfermedad.

## INTRODUÇÃO

A doença cardíaca pode comprometer os aspectos físicos e emocionais dos pacientes, que devem alterar os seus hábitos 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-Zolnierrek, & Martin, 2012). Esses sintomas geralmente provocam 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, seria 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 autorregulação 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, 2012). 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).

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) Controle do tratamento: o quanto a pessoa crê no tratamento; 7) Coerência: o quanto o indivíduo entende sua doença; 8) Representação emocional da doença: impacto emocional que a doença pode trazer ao paciente (Leventhal et al., 1984).

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 doença, as quais irão influenciar nos seus próprios recursos de enfrentamento às possíveis ameaças.

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 quando os pacientes recebem 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).

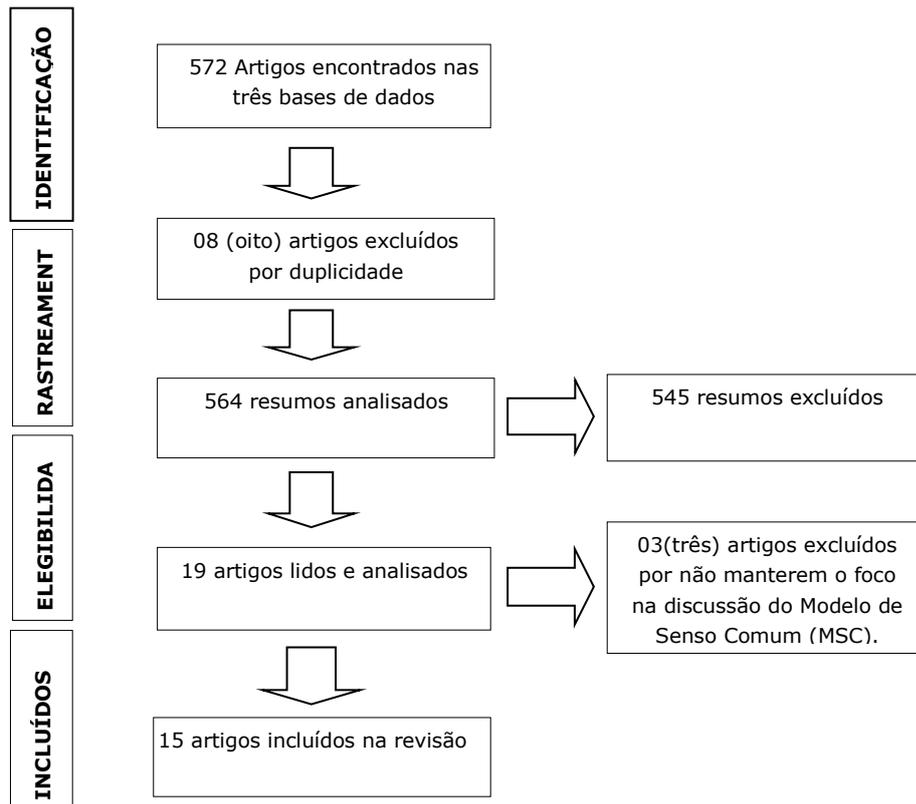
Partindo do exposto, realizou-se uma revisão sistemática da literatura com o objetivo de analisar e discutir artigos que investigaram a percepção da doença em pacientes cardíacos, baseando-se no MSC. Estudos dessa natureza são úteis, pois resumem o conhecimento na área e identificam lacunas para futuras investigações. Espera-se com essa revisão e as reflexões oportunizadas contribuir para o campo da psicologia da saúde.

## MÉTODO

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

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

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.



*Figura 1.* Fluxograma de busca, seleção e distribuição dos artigos.  
Fonte: Elaboração própria das autoras.

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 (Tabela 1). 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.

Tabela 1. Lista de estudos incluídos: autor, local, delineamento, objetivo, amostra, instrumentos e principais resultados.

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 (FA). E 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.	1)Dados sociodemográficos e clínicos sobre a FA. 2) <i>The Illness Perception Questionnaire Revised</i> (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.	Crenças no controle pessoal da doença foram menores do que as crenças no controle do tratamento. As causas da doença foram atribuídas a fatores psicológicos e fatores externos. 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 Escócia	Transversal	Avaliar a percepção da doença em pacientes com Insuficiência Cardíaca (IC).	58 idosos com idade próxima aos 70 anos, diagnóstico clínico de insuficiência cardíaca crônica (ICC).	1)Dados sociodemográficos e clínicos foram coletados de anotações médicas e durante entrevistas nos ambulatórios. 2)Foi realizada coleta de sangue para avaliar a atividade da enzima conversora de angiotensina. 3) <i>The Illness Perception Questionnaire-Revised</i> (IPQ-R).	A adesão ao tratamento esteve relacionada à duração e suas consequências. Os pacientes 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 Londres	Transversal	Explorar a qualidade de vida em adultos com doença coronariana e sua associação com as crenças dos pacientes a partir do seu estado de saúde emocional.	99 pacientes, com diagnóstico de doença cardíaca congênita em tratamento ambulatorial em um hospital de cardiologia.	1)Dados sociodemográficos foram coletados a partir dos registros hospitalares. 2) <i>The Illness Perception Questionnaire-Revised</i> (IPQ-R). 3) <i>The medical outcomes short-form 36</i> (SF36v2) (Ware, Snow, Kosinski & Gandek, 1993). 4) <i>Hospital Anxiety and Depression scale</i> (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 e maior predisposição à depressão. Os níveis de depressão e ansiedade foram relacionados as crenças das causas da doença ao acaso/má sorte, hereditariedade, vírus e eventos estressores. Duração crônica da doença foi associada a maior crença no controle do tratamento médico e pessoal.
MacInnes, 2013 Reino Unido	Qualitativa	Explorar as crenças dos pacientes com IC 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.	1)Entrevista semiestruturada que avalia as sete dimensões, baseada no Modelo de Senso Comum (MSC). Elaborada pelo autor do artigo. 2)Foi avaliado também as crenças sobre o tratamento, por meio de entrevista elaborada pelo autor.	As crenças de que a doença foi causada por fatores externos, foram relacionados à baixa adesão ao tratamento medicamentoso. Quanto mais negativa a percepção da doença e sua atribuição a causas externas, menor a adesão do paciente ao tratamento.
MacInnes, 2014 Reino Unido	Transversal	Determinar as relações entre percepções da doença e o autocuidado.	169 pacientes com ICC.	1)Questionário de dados sociodemográficos. 2) <i>The Illness Perception Questionnaire-Revised</i> (IPQ-R). Adaptado para pacientes com insuficiência cardíaca (MacInnes, 2011). 3) <i>Beliefs about Medicines Questionnaire</i> (BMQ) (Home R., 1997). Acessar as crenças sobre o tratamento. 4) <i>Looking After Yourself with Heart Failure Questionnaire</i> (LAYHFQ) (MacInnes, 2011). Acessar o comportamento de autocuidado.	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.
Schroeder et al., 2012	Correlacional	Avaliar um modelo multifatorial para compreender os fatores relacionados à sintomatologia de pacientes com doença cardíaca comparados a pacientes não cardíacos.	240 pacientes referindo dor torácica, sendo 169 não cardíacos e 71 com doença cardíaca.	1)Percepções subjetivas da doença, foram avaliadas por 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?") (Donkin et al., 2006). 2)Percepções subjetivas de dor no peito foram avaliadas utilizando o <i>Brief-IPQ</i> . 3) <i>Anxiety Sensitivity Index-3</i> (ASI-3) (Taylor et al., 2007), avalia a tendência do medo relacionado com os sintomas.	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 (ex. estresse, preocupação). 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.

Estudo/ Origem	Delinea- mento	Objetivo/ Intervenção	Amostra	Instrumentos	Resultados
				4) <i>Somatosensory Amplification Scale</i> (Barsky, Wyshak, Klerman, 1990), avalia a consciência dos estímulos corporais menores (ex. sentir o próprio batimento cardíaco) e estímulos ambientais (ex. poluição do ar). 5) <i>Patient Health Questionnaire-2</i> (Löwe, Kroenke, Gräfe, 2005), avalia a depressão. 6) <i>Pain Questionnaire, the standard questionnaire of the German Pain Society</i> (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 com a vida em participantes de um programa de reabilitação cardiovascular.	172 pacientes com doenças cardíacas, recrutados em três hospitais italianos, entre janeiro de 2009 e julho de 2010.	1) Gravidade da doença (registros médicos). 2) Fração de ejeção ventricular esquerda (ecocardiografia). 3) Dados sociodemográficos. 4) <i>Brief Illness Perception Questionnaire (Brief-IPQ)</i> , versão Italiana do instrumento (Pain et al., 2006). 5) <i>Cardiac Risk Factors Self-Efficacy Scale</i> , elaborado pelos autores do estudo.	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.
				6) <i>Cognitive Behavioural Assessment 2.0 battery</i> (Sanavio, Bertolotti, Michielin, Vidotto, & Zotti, 1997). Para acessar pacientes com depressão. 7) <i>Health Satisfaction</i> , contém somente uma questão "Quão satisfeito você está com sua saúde?". (Erickson et al., 2009; Zhang et al. 2007). <i>Satisfaction with Life Scale (SWLS)</i> .	
Juergens et al., 2010	Prospectivo e longitudinal.	Examinar a influência das crenças da doença cardíaca em pacientes pré-cirúrgicos, fatores de risco cardíaco em desfechos de saúde três meses após a cirurgia cardíaca.	56 pacientes submetidos à cirurgia cardíaca, idades entre 18 e 80 anos. Todos foram reavaliados três meses após a cirurgia.	1) Gravidade da doença foi acessada por três indicadores: a fração de ejeção ventricular esquerda; <i>European System for Cardiac Operative Risk Evaluation (Euro-SCORE)</i> (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. 2) <i>Pain Disability Index (PDI)</i> (Tait., Chibnall, Krause, 1990) avalia o efeito da doença sobre a capacidade de realizar as ações cotidianas antes e após a cirurgia. 3) <i>SF-12 questionnaire</i> (Ware, Kosinski, Keller, 1996), acessa a qualidade de vida relacionada à saúde.	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.
				4) <i>Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS)</i> . 5) <i>The Illness Perception Questionnaire-Revised (IPQ-R)</i> .	
Karademas, Zarogianos & Karamvakalis, 2010a	Correlacional	Examinar as diferenças de percepção da doença entre os cardiopatas crônicos e seus cônjuges.	Foram entrevistados 73 pacientes (65 homens e oito mulheres) com infarto do miocárdio e seus cônjuges.	1) <i>The Illness Perception Questionnaire-Revised (IPQ-R)</i> . Utilizada a versão grega disponível no site <i>IPQ Website</i> . 2) <i>Coping with Health Injuries and Problems Scale (CHIP)</i> (Endler, Parker, & Summerfeldt, 1998), versão grega (Karademas et al., 2010b). Avalia as estratégias de coping relacionadas à doença. 3) 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 Likert (1-100).	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.
Grécia					

Percepção da doença em cardíacos

Estudo/ Origem	Delineamento	Objetivo/ Intervenção	Amostra	Instrumentos	Resultados
Goodman et al., 2013  Londres	Longitudinal	Avaliar as associações entre percepção da doença, comportamento de autocuidado e qualidade de vida em pacientes com diagnóstico primário de IC. E possíveis mudanças aos dois e seis meses após a alta.	88 pacientes, internados em um hospital com um diagnóstico primário de IC.	1) <i>The Illness Perception Questionnaire-Revised</i> (IPQ-R). 2) <i>The Self-Care Heart Failure Index</i> (Riegel, Carlson, Moser, Sebern & Hicks, 2004). 3) <i>The Hospital Anxiety and Depression Scale</i> (HADS) (Zigmond & Snaith, 1983). 4) <i>The Minnesota Living with Heart Failure Questionnaire</i> (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 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) este dado 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  Holanda	Transversal	Identificar a relação entre a percepção da doença em pacientes com IC e suas crenças com relação à medicação e eventos adversos auto relatados.	495 pacientes com IC, 60 % do sexo masculino e 40% do sexo feminino.	1) Dados sociodemográficos e clínicos. 2) <i>The Illness Perception Questionnaire-Revised</i> (IPQ-R). 3) <i>Beliefs about Medication Questionnaire</i> (BMQ) (Horne, Weinman & Hankins, 1999). Sintomas vivenciados pelos efeitos adversos dos medicamentos (elaborado pelo autor), sendo adicionado sintomas comuns vivenciados por pacientes com IC.	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.
Le Grande et al., 2012  Austrália	Correlacional	Identificar como os diferentes grupos de pacientes cardíacos, com diferentes graus de impacto emocional da doença, compartilham percepções sobre a sua doença.	190 pacientes com infarto do miocárdio (IAM), angina estável ou ICC, subdivididos em cinco grupos classificados de acordo com o grau de relevância do impacto emocional.	1) <i>Brief Illness Perception Questionnaire</i> (BIPQ). 2) <i>Beck Depression Inventory II</i> , avalia a depressão. (Beck, Sterr & Brown, 1996). 3) <i>The MacNew Health-related Quality of Life instrument</i> (Hofer, Lim, Guyatt & Oldridge, 2004).	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.
Yan et al., 2011  China	Transversal	Explorar as crenças relacionadas à percepção da doença e seus preditores.	193 pacientes com IAM.	1) Dados sociodemográficos e clínicos. 2) <i>The Illness Perception Questionnaire-Revised</i> (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 comparado aos jovens. Maior coerência da doença se relacionou com o histórico familiar de 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. Crenças na duração crônica da doença e sua atribuição a fatores causais externos: (má sorte, imunidade alterada, envelhecimento etc.) se relacionaram com a maior incidência de distúrbios psicológicos.

Estudo/ Origem	Delinea- mento	Objetivo/ Intervenção	Amostra	Instrumentos	Resultados
Steca et al., 2013b Itália	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.	1) Gravidade da doença, por meio de registros clínicos. 2) Dados sociodemográficos. 3) <i>Brief Illness Perception Questionnaire</i> (Brief-IPQ) - versão Italiana do instrumento (Pain, Miglioretti, & Angelino, 2006). 4) <i>Health Satisfaction</i> , uma questão: "Quão satisfeito você está com sua saúde?". (Erickson et al. 2009; Zhang et al. 2007). 5) <i>Satisfaction with Life Scale</i> (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 o que gerava maior sentimento de autoeficácia.
Blair et al., 2014 Escócia	Experi- mental	Examinar a influência de fatores sócio-demográficos, percepções da doença e isolamento social em pacientes participantes e não participantes de um programa de reabilitação cardíaca.	128 pacientes em tratamento em um centro hospitalar especializado.	1) Questionário de dados sociodemográficos. 2) <i>Friendship Scale</i> (FS) (Hawthorne, 2006). Escala de seis itens, que avalia as relações com os outros, o isolamento, sentimentos de estar separado e estar sozinho. 3) <i>Brief Illness Perception Questionnaire</i> (Brief-IPQ) (Broadbent, Petrie, Main, & Weinman, 2006).	Os participantes do programa de reabilitação apresentavam mais conhecimento sobre a sua doença e acreditavam que ela foi causada por fatores comportamentais (alimentação, fumo etc.). E tinham um maior controle pessoal da doença. O outro grupo, atribuiu as causas da doença a fatores externos (estresse, excesso de trabalho, hereditariedade etc.). Não foram encontradas diferenças entre os participantes e não participantes em termos de idade, sexo, educação.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os estudos revisados, em sua grande parte, analisavam principalmente as dimensões da percepção da doença e sua relação com o controle e enfrentamento da doença cardíaca. Todas as pesquisas foram realizadas com pacientes adultos 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; 2013b), um estudo foi realizado no continente Asiático (Yan et al., 2011) e outro na Oceania (Le Grande et al., 2012).

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, trazendo dados descritivos. Já os estudos com delineamento longitudinal permitiram

verificar como as crenças dos pacientes se apresentaram ao longo do tempo e se 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 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 e *coping* (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 (*Self-Efficacy Scale*) para medir os fatores de risco cardíaco (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 dimensão 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, 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, 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 relacionou 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, 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. 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).

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 na 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) expuseram 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) argumentam 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 estudo com pacientes e cônjuges, também citam 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). No estudo de Schroeder et al. (2012), segundo os autores, esse aspecto 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 foi apontado pelos autores como sendo um fator de interferência para a compreensão dos instrumentos das pesquisas.

### **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

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, as poucas evidências existentes mostraram que as crenças dos pacientes cardíacos podem ser preditoras de maior prontidão para mudanças comportamentais. Além disso,

mostrou que as percepções 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

- Os artigos marcados com o símbolo \* fazem parte da revisão sistemática.
- 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. Recuperado de [http://publicacoes.cardiol.br/consenso/2005/d66\\_MAPA.asp](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.
- Beck, A.T., Steer, R.A., & Brown, G.K. (1996). *Manual for Beck Depression Inventory-II*. San Antonio, TX: Psychological Corporation.
- \*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*. Recuperado de [http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/diretrizes\\_doencas\\_cronicas.pdf](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. doi:10.1016/j.jpsychores.2005.10.020
- Coleta, D., & Ferreira, M. (2011). Crenças sobre comportamentos de saúde e adesão à prevenção e ao controle de doenças cardiovasculares. *Mudanças Psicologia da Saúde*, *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. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2011.05.014
- 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-Zolnieriek, 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. doi: 10.1080/14768320500329292
- 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. doi: 10.1185/03007990802714473
- Figueiras, M. J., Monteiro, R., & Caeiro, R. (2012). Crenças errôneas 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*. Recuperado de [http://www.dgss.org/fileadmin/pdf/12\\_DSf\\_Anamnese\\_Muster\\_2012.2.pdf](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. doi: 10.1161/01.cir.0000441139.02102.80
- \*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. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2012.11.007

- Hawthorne, G. (2006). Measuring social isolation in older adults: development and initial validation of the friendship scale. *Social Indicators Research*, 77(3), 521-548. doi: 10.1007/s11205-005-7746-y
- 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.
- Hofer, S., Lynette, L., Guyatt, G., & Oldridge, N. (2004). The MacNew Heart Disease health-related quality of life instrument: A summary. *Health Quality of Live Outcomes*, 3(2), 143-150. doi: <http://doi.org/10.1186/1477-7525-2-3>.
- 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. doi: 10.1016/j.jpsychores.2009.10.004
- \*Karademas, E. C., Zargiannos, A., & Karamvakalis, N. (2010a). Cardiac patient-spouse dissimilarities in illness perception: Associations with patient self-rated health and coping strategies. *Psychology and Health*, 25(4), 451-463. Doi: 10.1080/08870440802652089.
- Karademas, E.C., Zargiannos, 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. doi: 10.1080/13548506.2012.661865
- 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). New York: Springer.
- Leventhal, H., Nerenz, D., & Steele, D. (1984). Illness representations and coping with health treats. In Baum, A., & Singer, J. (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. doi: 10.1111/jocn.12307
- \*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. doi: 10.1177/1474515112473872
- 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. doi: 10.1111/j.1540-8159.2011.03105.x
- 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. doi: 10.1093/eurjhf/hfp059
- 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. doi: 10.1080/08870440290001494
- 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. doi: 10.1111/j.2044-8287.2011.02047.x
- Nashef, S. A., Roques, F., Michel, P., Gauducheau, E., Lemeshow, S., & Salamon, R. (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 psicométrico 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*. Rio de Janeiro, RJ: 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). 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. doi: 10.1111/j.1365-2648.2011.05809.x
- Sanavio E., Bertolotti G., Michielin P., Vidotto G., & Zotti A.M. (1997). CBA 2.0 Cognitive Behavioural Assessment 2.0, Scale Primarie. Firenze: Organizzazioni Speciali.
- Santos, R. M. B. L., & Galdeano, L. E. (2008). Qualidade de vida de portadores de insuficiência cardíaca. *Acta Paulista de Enfermagem*, 21(2), 243-248. 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. doi: 10.1097/PSY.0b013e31826ae4ae
- 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. doi: 10.1007/s10902-012-9397-4

- \*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. doi: 10.1080/08870446.2012.759223
- 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*. Boston: Medical Outcomes Trust.
- 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. doi: 10.1016/j.pec.2010.11.010
- 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 Psychiatrica Scandinavica, 67*(6), 361-370.

Sobre os autores

Viviane Altenhofen é psicóloga pela Universidade do Vale do Rio dos Sinos, Mestre em Psicologia pela Universidade do Vale do Rio dos Sinos. Trabalha na linha de Pesquisa Processos Saúde-doença em Contextos Institucionais.

vivi\_altenhofen@hotmail.com

Natália Britz de Lima é Graduada em Enfermagem pela Universidade do Vale do Rio dos Sinos. nataliabritz@gmail.com

Elisa Kern de Castro é psicóloga pela Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Mestre em psicologia pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Doutora em Psicologia Clínica e da Saúde pela Universidade Autônoma de Madrid e estágio pós-doutoral em Psicologia pela Universidade de Salamanca. Coordenadora do GEAPSA (Grupo de Estudos Avançados em Psicologia da Saúde), professora do Programa de pós-graduação em psicologia da Universidade do Vale do Rio dos Sinos, pesquisadora do CNPq.

elisakc@unisinis.br

Recebido em: 16/11/2015

Revisado em: 18/03/2016

Aceito em: 21/03/2016