

A PERCEÇÃO DA DOENÇA CARDÍACA E DA COMUNICAÇÃO DO DIAGNÓSTICO

Viviane Altenhofen¹ & Elisa Kern de Castro^{1□}

¹Universidade do Vale do Rio dos Sinos, São Leopoldo, RS, Brasil.
e-mail: vivi_altenhofen@hotmail.com; elisakc@unisinos.br

RESUMO: A forma como o diagnóstico da doença cardíaca é comunicado pelo médico pode exercer um papel importante na percepção que o paciente tem de sua doença, que tem implicações para o seu cuidado. O objetivo do presente estudo é avaliar a percepção da doença em indivíduos cardíacos e sua relação com a percepção do conteúdo da comunicação do diagnóstico (sintomas, causas, consequências, duração, controle pessoal e do tratamento, coerência e representação emocional). Participaram 71 pacientes cardíacos adultos atendidos num centro de cardiologia de um hospital de uma cidade do interior do sul que responderam a um questionário sociodemográfico, questionário de percepção da doença e questionário das percepções das informações fornecidas no diagnóstico. Não houve correlações significativas entre as percepções sobre a doença cardíaca e o conteúdo da informação comunicada no diagnóstico. Contudo, verificaram-se diferenças relacionadas ao gênero, pois as mulheres atribuíram mais sintomas à doença e perceberam os sintomas da doença como mais cíclicos que os homens.

A percepção da doença independe da comunicação do médico no diagnóstico, indicando que ela pode ser construída anteriormente à própria doença.

Palavras-chave: doenças cardíacas, percepção da doença, autorregulação, comunicação

CARDIAC ILLNESS PERCEPTION AND DIAGNOSIS COMMUNICATION

ABSTRACT: The way as the doctor communicates cardiac illness diagnosis to patient may have implications on the patient's perception of his disease, which, in turn, possibly influence on its care. The purpose of this study is to evaluate illness perception on cardiac patients and it's relation with diagnosis communication content perception (identity, causes, consequences, timeline, treatment and personal control, coherence and emotional representation). The study was carried out with 71 adult cardiac patients, undergoing treatment in a regional hospital in the south of Brazil, who answered a sociodemographic questionnaire, a questionnaire of illness perception and a questionnaire about the perception of the information supplied during diagnosis. No significant correlation between cardiac illness perception and the content of the information supplied with diagnosis was found. However, gender related differences were found; women assigned more symptoms to the disease and perceived the symptoms as more cyclical than man.

Conclusions: illness perception does not depend of the doctor's diagnosis communication, finding signs that it may be produce prior to the disease itself.

□ Avenida Unisinos 950, bairro Cristo Rei, CEP 93022-000, São Leopoldo, RS. e-mail: elisakc@unisinos.br.

Keywords: cardiac diseases, illness perception, self-regulation, communication

Recebido em 16 de Agosto de 2017/ Aceite em 25 de Outubro de 2018

A forma como o indivíduo percebe sua doença orienta suas condutas em relação à doença e tratamento (Figueiras, 2007; Leventhal, Breland, Mora & Leventhal, 2010). Essas percepções são rotuladas e sistematizadas pelo indivíduo a partir do seu conhecimento prévio sobre aquela doença, suas experiências e experiências de pessoas próximas (Castro, Aliti, Linhares & Rabelo, 2010). Assim, a percepção da doença pode ser entendida a partir de dois níveis: 1) o concreto, que condiz com a realidade e com eventos imediatamente perceptíveis; e 2) as ideias abstratas, que são constituídas por crenças imaginárias sobre determinada situação (Leventhal, Breland, Mora & Leventhal, 2010).

As percepções sobre as doenças parte são constituídas de dimensões estáveis nas diversas doenças crônicas. São elas: percepção dos sintomas (identidade da doença), causas, consequências, duração (aguda/crônica ou cíclica), controle (pessoal e do tratamento), coerência (o quanto a doença faz sentido para a pessoa) e representação emocional (Leventhal, Breland, Mora & Leventhal, 2010). As percepções individuais do paciente cardíaco exercem um papel fundamental nas medidas de controle e regulação de sua doença. Estudos apontaram que percepções positivas da DC (menor atribuição de sintomas à doença, menor percepção de consequências negativas e melhor entendimento das causas da doença) estão relacionadas à melhor capacidade de adesão ao tratamento e 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 pior autoeficácia do paciente e menor capacidade de gerenciamento da doença (Blair et al., 2014; Mc Cabe, Barnason & Houfek, 2011).

O médico, ao comunicar-se com o paciente sobre a sua doença, informa e discute (ou deveria discutir) sobre como o paciente percebe essas dimensões (sintomas, duração, consequências, causa, controle, coerência e representação emocional) a fim de compreender sua postura frente à sua saúde e orientá-lo sobre o tratamento (Leventhal, Leventhal & Breland, 2011). Contudo, em geral a comunicação sobre a doença envolve informações técnicas sobre a doença e o tratamento, e não explora essas questões. Com base nisso, o presente estudo teve como objetivo avaliar a percepção da doença em indivíduos cardíacos e sua relação com as dimensões da percepção da doença cardíaca comunicadas no diagnóstico pelo médico.

MÉTODO

Participantes

71 pacientes com DC assistidos num centro de cardiologia de um hospital regional de uma cidade do interior do sul do Brasil. Todos eram adultos entre 22 e 79 anos de idade e que estavam há pelo menos três meses em tratamento no serviço, escolhidos por conveniência entre aqueles que aguardavam consultas de revisão com o médico especialista. A coleta de dados foi realizada entre os meses de fevereiro e março de 2015, totalizando 19 dias úteis, conforme agenda das consultas médicas. 155 pacientes foram atendidos no período, e 72 não corresponderam aos critérios de seleção da amostra por não terem diagnóstico conclusivo de doença cardíaca. Ainda, dez pacientes não

PERCEPÇÃO DA DOENÇA CARDÍACA E COMUNICAÇÃO

aceitaram participar da pesquisa e dois foram excluídos por não se comunicarem na língua portuguesa.

Material

Os instrumentos utilizados foram: 1. Questionário dos dados sociodemográficos e clínicos dos pacientes; 2. *Revised Illness Perception Questionnaire* (IPQ-R) (Moss-Morris et al., 2002): investiga as dimensões da percepção da doença 1) Identidade (sintomas); 2) Duração (aguda/crônica ou cíclica); 3) Causas; 4) Consequências; 5) Controle (pessoal e do tratamento); 6) Coerência; 7) Representação emocional. A dimensão Identidade consta de uma lista de sintomas em que o paciente deve dizer se cada um está ou não relacionado à doença cardíaca. 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, que não foi analisada neste artigo. Neste estudo, as dimensões do questionário obtiveram bons índices de confiabilidade (variando de 0,69 para duração aguda/crônica a 0,85 para representação emocional), com exceção da dimensão controle do tratamento (abaixo de 0,60, que foi excluída da análise); 3. Questionário sobre as Percepções das Informações Fornecidas no Diagnóstico: instrumento elaborado pelos autores, que avalia a percepção do paciente sobre a comunicação do diagnóstico dado pelo médico em relação às dimensões da percepção da doença. O instrumento contém nove questões que compreendem respostas de sim e não, e pergunta se o médico forneceu ou não informações no diagnóstico sobre a sintomatologia da sua doença cardíaca, possíveis causas, duração, consequências, controle pessoal e do tratamento, entendimento da doença e sentimentos do paciente em relação ao seu diagnóstico. A análise é feita através de frequências e porcentagens das respostas “sim”, além de um somatório das respostas positivas. Maior pontuação, mais informações o paciente percebeu que o médico comunicou. O instrumento está em processo de validação no Brasil.

Procedimentos

O presente estudo passou pela avaliação do Comitê de Ética [local omitido], com aprovação em 15/12/2014, sob o N° CEP 14/201. Todos os participantes foram convidados a participar da pesquisa antes da consulta médica de rotina com seu médico cardiologista de referência. Na 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. Aqueles 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 aos questionários sozinhos, num tempo médio de 20 minutos.

Análise dos dados

As análises foram feitas através do *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) versão 22.0. Foram feitas análises descritivas (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).

RESULTADOS

Análises descritivas

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 escolaridade apenas até Ensino Fundamental (87,1%), era casada/união estável (69,0%) e não trabalhava (69,0%). Os diagnósticos cardíacos mais frequentes foram: angina instável e estável (22%), arritmia cardíaca (19%), insuficiência cardíaca (15%), isquemia miocárdica (14%), estenoses (11%) e outros diagnósticos cardíacos (19%).

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 do questionário. 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%) e dores no peito (62,0%). Muitos pacientes também atribuíram os sintomas de rigidez nas articulações (59,2%), falta de ar (56,3%), dores (54,9%), dificuldades em respirar (53,5), tonturas (52,1 %) e dores de cabeça (50,7 %) à doença cardíaca. Além desses, foram citados os sintomas de dificuldades para dormir (47,9%), formigamento nos braços e indisposição do estômago (42,3%), náuseas (39,4%), seguido por perda de peso e problemas sexuais (16,9%). Os dados estão descritos no Quadro 1.

Quadro 1.

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

	(Nº de respostas)	%
Fadiga (cansaço)	53	74,6
Perdas de forças	50	70,4
Dores no peito	44	62,0
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

PERCEPÇÃO DA DOENÇA CARDÍACA E COMUNICAÇÃO

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) indicou que os pacientes têm percepção da doença cardíaca mais crônica que aguda (M=3,82). As consequências da doença foram de média para alta (M=3,62), assim como a percepção de controle pessoal (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). O Quadro 2 mostra os dados descritivos das dimensões da percepção da doença:

Quadro 2.

Dados descritivos (médias e desvio-padrão) das dimensões da percepção da doença (N=71)

Dimensões do (IPQ-RH)	Média	Desvio Padrão
Representação emocional	3,48	1,05
Duração cíclica	3,32	0,94
Coerência da doença	3,54	0,84
Consequências	3,62	0,8
Duração (aguda ou crônica)	3,82	0,69
Controle pessoal	3,93	0,68

Causas atribuídas à doença cardíaca

Com relação às causas atribuídas à doença cardíaca, verificou-se que 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), e não tanto a causas conhecidas como excesso de peso ou fumo (conforme Quadro 3).

Quadro 3.

Dados descritivos (mínimo, máximo, médias e desvio-padrão) das causas atribuídas à doença cardíaca (n=71)

	Média	Desvio Padrão
Excesso de trabalho	4,20	1,40
Alteração das defesas do organismo	4,00	1,17
Estresse ou preocupação	3,99	1,35
Hereditariedade	3,90	1,49
Tipo de alimentação	3,84	1,49
O meu estado emocional (sentir-me só, ansioso)	3,76	1,49
Pouca assistência médica no passado	3,68	1,57
Problemas familiares ou preocupações	3,66	1,6
A minha atitude mental (pensar sobre a vida de uma forma negativa)	3,64	1,54
O meu próprio comportamento	3,62	1,54

A minha personalidade (maneira de ser)	3,56	1,59
Poluição do ambiente	3,42	1,47
Envelhecimento	3,29	1,37
Um micróbio ou um vírus	2,91	1,36
Excesso de peso	2,70	1,55
Fumar	2,52	1,56
Destino ou má sorte	2,46	1,47
Acidente ou lesão	2,21	1,28

Comunicação do diagnóstico da DC

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 o Quadro 4, a percepção dos pacientes é de que, em geral, o médico comunicou sobre as dimensões da percepção da doença no momento do diagnóstico, especialmente sobre o papel do paciente no controle/cura da sua doença.

Quadro 4.

Frequência e porcentagem das respostas Sim das Dimensões da percepção da doença que foram comunicadas no diagnóstico

	Frequência	%
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

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 ($r=-0,262$; $p<0,05$), 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 ($r=-0,377$; $p<0,01$), mostrando que quanto mais percepções negativas das consequências da doença tem o paciente, menos eles acreditam que entendem a doença. Ainda com relação às consequências, verificou-se correlação positiva com representação emocional negativa ($r=0,511$; $p<0,001$), positiva e fraca com duração crônica ($r=0,269$; $p=0<05$) e duração cíclica ($r=0,252$; $p<0,05$), ou seja, quanto mais crenças sobre consequências negativas da doença, mais o paciente percebe a doença como crônica, cíclica e com efeitos emocionais negativos.

PERCEPÇÃO DA DOENÇA CARDÍACA E COMUNICAÇÃO

Com relação à coerência da doença, foi observada correlação negativa com duração cíclica ($r=-0,309$; $p<0,05$) e representação emocional ($r=-0,354$; $p<0,01$). 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 ($r=0,287$; $p<0,05$), indicando que quanto maior é a percepção de controle pessoal, maior a representação emocional negativa da doença.

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 nas dimensões Identidade ($t=-2,961$; $p<0,01$) em que as mulheres atribuíam mais sintomas à doença ($m=8,11$; $dp=3,24$) que os homens ($m=5,81$; $dp=3,10$). As mulheres também perceberam a doença cardíaca como mais cíclica que os homens ($t=-2,234$; $p<0,05$; média das mulheres =3,56; $dp=0,99$; média dos homens=3,05; $dp=0,82$).

DISCUSSÃO

O objetivo principal foi avaliar a percepção da doença em pacientes cardíacos e sua relação com a comunicação das dimensões da percepção da doença identificadas pelo paciente na comunicação do seu diagnóstico. O principal achado foi que a percepção da doença foi independente das informações fornecidas pelo médico na comunicação do diagnóstico. Portanto, ainda que grande parte dos pacientes tenha referido que recebeu informações do seu médico sobre os sintomas, causas, consequências, controle pessoal e do tratamento da sua doença, reações emocionais, isso não teve relação com as suas percepções sobre a doença nessas dimensões. Diante desse resultado, pode-se pensar em duas hipóteses: 1) O paciente reconhece que as informações sobre a doença foram fornecidas pelo médico, no entanto, elas não tiveram impacto nas suas percepções em relação à sua doença; 2) A construção do conhecimento sobre a doença cardíaca e as percepções 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, é possível que as informações fornecidas pelo médico tenham sido pouco compreendidas pelo paciente por dificuldades na comunicação, ainda mais considerando a baixa escolaridade dos participantes. Para Phillips et al. (2011), o nível de compreensão do paciente sobre a doença depende da qualidade das informações fornecidas e do quanto elas estão alinhadas com as suas representações cognitivas e emocionais. Além disso, para que as informações do médico sejam assimiladas, é importante que exista uma relação médico-paciente de confiança, e é possível que neste caso alguns pacientes tenham se sentido pouco à vontade para expressar suas percepções e dúvidas (Di Matteo et al., 2012). O médico deve estar atento às características do 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 exercem influência 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 nas dimensões da percepção da doença e que foram avaliados pelo médico como tendo baixo potencial de adesão ao tratamento. Por outro lado, a comunicação médica baseada nesse modelo aliada às expectativas positivas do profissional em relação à adesão do paciente foi preditora de respostas mais realistas dos pacientes sobre a sua doença e tratamento.

Em relação à segunda hipótese, de que o conhecimento e as percepções sobre a DC podem ser construídos fora do contexto da relação médico-paciente, pode-se compreender que essas percepções são pré-existentes ao próprio adoecimento, 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. Desse modo, as percepções sobre a doença cardíaca dos indivíduos desse estudo podem ter sofrido influências das suas experiências diretas ou indiretas anteriores, que podem ser mais significativas do que as próprias informações trazidas pelo médico a respeito do seu diagnóstico naquele momento. Além disso, a idade avançada e a baixa escolaridade dos pacientes desse estudo também podem ter implicações nesse resultado, já que eles podem não ter compreendido bem as informações recebidas.

O fato das mulheres terem a percepção de que a doença cardíaca possui mais sintomas e é mais cíclica que os homens confirmam outros resultados semelhantes (Figueiras, Monteiro & Caeiro, 2012; Yan et al., 2011). Ao que tudo indica, as mulheres demonstram maior disponibilidade para falar dos seus sintomas, enquanto os homens tendem a não relatá-los, mesmo nos casos em que os sintomas são evidentes (uso de aparelho de monitoramento dos batimentos, cicatrizes de cateter, por exemplo). 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 é um fator 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 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 doença. Por outro lado, aspectos culturais, como o estigma 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 à duração, 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

PERCEPÇÃO DA DOENÇA CARDÍACA E COMUNICAÇÃO

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 doença e o paciente pode ter dificuldades em vislumbrar alternativas possíveis para enfrentá-la. 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 (Leventhal et al., 2011). Nessa perspectiva, o ajustamento das crenças sobre as consequências da doença cardíaca pode ser uma estratégia importante para adesão do paciente ao tratamento.

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 autorregulatório, o que pode vir a melhorar sua capacidade de resolução dos problemas que derivam da sua doença. O estudo possibilitou conhecer as percepções dos pacientes cardíacos sobre a sua doença e a verificação de que elas são independentes das informações sobre sintomas, causas, consequências, controle, duração, representação emocional e entendimento que o paciente tem sobre a sua doença que os médicos informam no diagnóstico. A partir disso, compreende-se que a percepção sobre a doença anterior ao diagnóstico pode não ser tão fácil de ser modificada com as informações prestadas pelo médico.

As diferenças de gênero encontradas com respeito aos sintomas e duração cíclica evidenciam a 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 de compreensão sobre a sua doença, e uma das estratégias poderia ser pedir a presença de um acompanhante nesse momento.

Esse estudo apresenta algumas limitações, em especial relacionado à heterogeneidade de diagnósticos cardíacos dos participantes e a sua pouca escolaridade. Pesquisas futuras poderão investigar diagnósticos cardíacos específicos para compreender crenças específicas. 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 ao 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 ajustadas 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 ao paciente.

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. doi: 10.1177/1474515113477272
- 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://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes%20_cuidado_pessoas%20_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 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
- 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
- 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. Doi: 10.1080/13548506.2012.661865
- 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. Doi: 10.1007/s12160-010-9246-9.
- Leventhal, H., Breland, J. Y., Mora, P. A. & Levnthal, 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., Brissette, 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. Doi: 10.1111/jocn.12307

PERCEPÇÃO DA DOENÇA CARDÍACA E COMUNICAÇÃO

- 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. Doi: 10.1111/j.1540-8159.2011.03105.x
- 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. Doi: 10.1016/j.jpsychires.2011.03.006
- 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. Doi: 10.1111/j.1365-2648.2011.05809
- 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. Doi: 10.1097/PSY.0b013e31826ae4ae
- 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. Doi: 10.1016/j.pec.2010.11.010