



UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA

INSTITUTO DE PSICOLOGIA

Programa de Pós-Graduação em Processos de Desenvolvimento Humano e Saúde

**ADAPTAÇÃO E VALIDAÇÃO DO *BRIEF ILLNESS PERCEPTION QUESTIONNAIRE*
(*BRIEF IPQ*) PARA A CULTURA BRASILEIRA**

Graziela Sousa Nogueira

Brasília, fevereiro de 2012



UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA
INSTITUTO DE PSICOLOGIA

Programa de Pós-Graduação em Processos de Desenvolvimento Humano e Saúde

ADAPTAÇÃO E VALIDAÇÃO DO *BRIEF ILLNESS PERCEPTION QUESTIONNAIRE*
(*BRIEF IPQ*) PARA A CULTURA BRASILEIRA

Graziela Sousa Nogueira

**Dissertação apresentada ao Instituto de Psicologia da
Universidade de Brasília, como requisito parcial à
obtenção do título de Mestre em Processos de
Desenvolvimento Humano e Saúde, área de concentração
Psicologia da Saúde.**

ORIENTADORA: Profa. Dra. Eliane Maria Fleury Seidl.

Brasília, fevereiro de 2012

Ficha catalográfica elaborada pela Biblioteca Central da Universidade de
Brasília. Acervo 997336.

N778a Nogueira, Graziela Sousa.
Adaptação e validação do Brief Illness Perception
Questionnaire (Brief IPQ) para a cultura brasileira
/ Graziela Sousa Nogueira. -- 2012.
xii, 86 f. : il. ; 30 cm.

Dissertação (mestrado) - Universidade de Brasília,
Instituto de Psicologia, Programa de Pós-Graduação
em Processos de Desenvolvimento Humano e Saúde, 2012.
Inclui bibliografia.
Orientação: Eliane Maria Fleury Seidl.

1. Doenças - Aspectos psicológicos. 2. Percepção -
Psicologia. I. Seidl, Eliane Maria Fleury. II. Título.

CDU 159.9:614

UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA
INSTITUTO DE PSICOLOGIA

DISSERTAÇÃO DE MESTRADO APROVADA PELA SEGUINTE BANCA EXAMINADORA:

Profa. Dra. Eliane Maria Fleury Seidl - Presidente
Universidade de Brasília – Instituto de Psicologia
Programa de Pós-Graduação em Processos de Desenvolvimento Humano e Saúde

Profa. Dra. Sheila Giardini Murta
Universidade de Brasília- Instituto de Psicologia
Programa de Pós-Graduação em Psicologia Clínica e Cultura

Prof. Dr. Bartholomeu T. Tróccoli
Universidade de Brasília- Instituto de Psicologia
Programa de Pós-Graduação em Psicologia Social e do Trabalho

Profa. Dra. Lilian Maria Borges Gonzalez
Universidade Católica de Brasília

Brasília, fevereiro de 2012

Dedicatória

Dedico este trabalho àqueles que motivam pesquisadores na área da saúde, especialmente em Psicologia da Saúde, a investirem esforços para a construção do conhecimento neste campo: os usuários dos serviços de saúde. Assim, esse trabalho é dedicado a todas as pessoas que vivem com doenças crônicas, que travam uma batalha diária em busca de atendimento de qualidade na rede pública de saúde, que dedicam esforços à adaptação de sua condição, que lutam por uma melhor qualidade de vida, e que por sua vez, podem se beneficiar deste estudo.

Agradecimentos

À minha orientadora, Eliane Seidl, por acreditar no meu potencial e por sua dedicação e profissionalismo, favorecendo o meu crescimento enquanto pesquisadora e profissional.

À Cristina Miyazaki pelo apoio e conselhos dados quando manifestei o desejo de seguir carreira acadêmica, fazendo sugestões de temas para a dissertação e apontando os caminhos a serem trilhados.

Ao professor Bartolomeu Tróccoli pelo fundamental auxílio durante o período de análise dos dados, por sua paciência e didática.

A todos os professores do PGPDS que contribuíram de alguma forma para o bom andamento do projeto de pesquisa e da dissertação.

Às auxiliares de pesquisa, alunas da graduação, pelo empenho durante a coleta de dados, sem as quais esse trabalho não seria viável em tempo hábil: Lídia Galdino, Márcia Lobato, Marina Fernandes, Patrícia Ribeiro, Larissa Ferreira, Érica Santos e Adriana Carvalho.

Aos profissionais responsáveis pelas especialidades médicas do Hospital Universitário de Brasília nas quais coletei dados e pela abertura e concessão da autorização para desenvolvimento do estudo.

Aos profissionais que colaboraram no processo de tradução e adaptação do *Brief Illness Perception Questionnaire*, despendendo parte do seu tempo para traduzir, avaliar e dar sugestões para adequação do instrumento para a cultura brasileira: André Barreto, Tathiane Guimarães, Clarissa Vaz e Marcela Abreu Rodrigues.

A todos os participantes da pesquisa pela atenção e interesse em contribuir para a construção do conhecimento em Psicologia da Saúde, sem os quais essa pesquisa não seria possível.

Ao meu esposo, Raphael Lima, pelo apoio e compreensão, pela escuta ativa e carinho manifesto em momentos de estresse e preocupação, fonte de apoio primordial.

Da mesma forma, agradeço aos meus pais João Domingos Nogueira e Marlene Sousa Nogueira, pelo apoio e investimento na minha formação.

À Caroline Gobatto por ser uma amiga presente, sempre disponível a compartilhar o seu conhecimento, contribuindo para o enriquecimento desse trabalho.

Aos demais familiares e amigos pelo incentivo e por compreenderem as minhas ausências nos momentos em que a responsabilidade acadêmica constituiu a prioridade.

Resumo

Nos últimos anos houve o crescimento de pesquisas em âmbito mundial sobre a temática percepção de doenças. Tal expansão tem sido observada, especialmente a partir do desenvolvimento e difusão de instrumentos embasados no Modelo de Autorregulação de Leventhal. Entre os instrumentos construídos a partir desta perspectiva, cita-se o *Brief Illness Perception Questionnaire (Brief IPQ)*, medida utilizada em diversos países, que auxilia no direcionamento de intervenções psicológicas, particularmente cognitivo-comportamentais. Contudo, no Brasil são inexistentes os instrumentos validados que avaliam a percepção de doenças, assegurando a relevância de pesquisas com esta proposta. Assim, o objetivo deste estudo foi adaptar e validar o *Brief Illness Perception Questionnaire (Brief IPQ)* para a cultura brasileira. Trata-se de instrumento composto de nove itens que avaliam a representação cognitiva e emocional da doença. Inicialmente, o *Brief IPQ* foi traduzido da versão original (inglês) para a língua portuguesa, mediante técnicas de tradução reversa e análise semântica, constituindo a validade linguística. Posteriormente, foi preenchido por 324 pacientes divididos em cinco grupos: HIV/aids ($n = 65$), diabetes ($n = 65$), hipertensão ($n = 65$), psoríase ($n = 65$) e asma ($n = 64$) para análise de suas propriedades psicométricas. Em relação ao escore global de percepção de doenças houve uma tendência àquela mais centrada na ameaça ($M = 40,4$). A análise dos componentes principais com rotação varimax extraiu três fatores: Fator 1 (representação emocional; $\alpha = 0,80$), que agrupou dois itens originais da representação emocional (emoções e preocupações) e dois itens correspondentes originalmente à representação cognitiva (consequências e identidade); Fator 2 (representação cognitiva; $\alpha = 0,52$) que agrupou três itens de representação cognitiva, tal como na versão original (controle do tratamento, controle individual e compreensão) e o Fator 3 (percepção de temporalidade) constituído pelo componente de representação cognitiva “dimensão temporal”. Para verificar qual estrutura fatorial possuía o melhor ajuste foram realizadas análises fatoriais confirmatórias, sendo testados dois modelos: Modelo 1, constituído por uma estrutura teórica com base no Modelo de Autorregulação de Leventhal; e Modelo 2 baseado na solução fatorial obtida no presente estudo, sendo excluído o item referente à dimensão temporal por se tratar de um fator com item único. O Modelo 2 apresentou o melhor ajuste. A validade discriminante indicou diferenças entre as médias dos grupos de pessoas que vivem com HIV/aids e os de pessoas com diabetes, psoríase e asma. A solução fatorial obtida, portanto, se refere a um instrumento com sete itens avaliados por uma escala de 0-10, mais uma questão aberta sobre causalidade da doença. O *Brief IPQ* foi considerado uma medida válida e confiável para avaliar a percepção de doenças, útil na prática de profissionais de saúde no Brasil que prestam assistência a pessoas que vivem com doenças crônicas. Porém, os resultados revelaram a necessidade de mais estudos com outras populações e em outros países para verificação de qual estrutura fatorial representa melhor o *Brief IPQ*, tendo em vista o Modelo de Autorregulação de Leventhal. Propõe-se ainda que sejam desenvolvidos itens alternativos, principalmente no que tange à dimensão temporal, pouco confiável neste estudo.

Palavras-chave: Validação; Percepção de Doenças; *Brief Illness Perception Questionnaire*.

Abstract

In recent years there was the growth of worldwide research on the subject perception of illness. Such expansion has been observed, especially from the development and dissemination of tools grounded in Leventhal's Self-Regulation Model. Among the instruments built from this perspective, we can refer to Brief Illness Perception Questionnaire (Brief IPQ), as used in several countries, which assists in directing psychological interventions, particularly cognitive-behavioral. However, non-existent in Brazil validated instruments that access the illness perception, ensuring the relevance of research on this proposal. The object of this study was to adapt and validate the Brief Illness Perception Questionnaire (Brief IPQ) for the Brazilian culture. This instrument is composed of nine items that access the cognitive representation and emotional representation of illness. Initially, the instrument was translated from the original version (English) for the Portuguese language, by reverse translation techniques and semantic analyses, constituting the linguistic validity. It was completed by 324 patients divided into five groups: HIV/AIDS ($n = 65$), diabetes ($n = 65$), hypertension ($n = 65$), psoriasis ($n = 65$) and asthma ($n = 64$) for analysis of its psychometric properties. In relation to the overall score of illness perception there was a tendency to the illness more focused on the threat ($M = 40.4$). The principal component analysis with varimax rotation extracted three factors: Factor 1 (emotional representation; $\alpha = 0,80$), which grouped two original items of the emotional representation (emotions and concerns) and two items related to the cognitive representation (consequences and identity); Factor 2 (cognitive representation; $\alpha = 0,52$), which grouped three items of cognitive representation (control treatment, individual control and understanding) and Factor 3 (perception of temporality) consisting of the complement of cognitive representation "temporal dimension". Analysis of sub-samples revealed small variations in the structure of the global sample. To determine which factor structure had the best fit where performed confirmatory factorial analysis, been tested two models: Model 1, consisting of a factorial structure based on Leventhal's Self-Regulation Model; and the Model 2 results of principal component analysis being deleted the item regarding temporal dimension because it is a factor with single item. Model 2 presented the best fit. The discriminant validity indicated differences between averages of group of people living with HIV/AIDS and groups related to diabetes, psoriasis and asthma. The factorial solution obtained, therefore, refers to a scale with seven items assessed by a scale 0-10, plus an open question about causation of illness. The Brief IPQ was considered a valid and reliable measure to assess the perception of illness, been useful in the practice of health professionals in Brazil who assist people living with chronic disease. However, the findings revealed the need for confirmatory studies performed with other populations and another countries to verify which factor structure best represents the Brief IPQ in view of the Leventhal's Self-Regulation Model. It is also proposed alternative items to be developed, mainly in terms to the temporal dimension component, unreliable in this study.

Keywords: Validation; Illness Perception; Brief Illness Perception Questionnaire.

Sumário

Agradecimentos	VI
Resumo	VII
Abstract	VIII
Lista de Tabelas	XI
Lista de Figuras	XII
Lista de Siglas	XIII
Apresentação	1
Capítulo 1. Revisão de Literatura	3
1.1 Doenças crônicas transmissíveis e não-transmissíveis	3
1.2 Modelos de autorregulação do comportamento	5
1.2.1 Estilos e estratégias de enfrentamento: o Modelo de Carver e Scheier e o Modelo de Estresse e Enfrentamento de Lazarus e Folkman	6
1.2.2 Modelo de Crenças em Saúde	7
1.3 Modelo de Autorregulação do Comportamento de Leventhal	8
1.3.1 Os componentes de representação de doenças	10
1.4 Instrumentos de avaliação da percepção de doenças	12
1.4.1 <i>Illness Perception Questionnaire</i> (IPQ)	12
1.4.2 <i>Revised Illness Perception Questionnaire</i> (IPQ-R)	13
1.4.3 <i>Brief Illness Perception Questionnaire</i> (<i>Brief IPQ</i>)	14
1.4.4 Avaliação qualitativa da percepção de doenças	16
1.5 Doenças crônicas e percepção de doenças	16
1.5.1 Percepção de doenças e HIV/aids	16
1.5.2 Percepção de doenças e diabetes	17
1.5.3 Percepção de doenças e hipertensão arterial	18
1.5.4 Percepção de doenças e psoríase	20
1.5.5 Percepção de doenças e asma	21
1.5.6 Outras investigações sobre percepção de doenças de pessoas com enfermidades crônicas	22
Capítulo 2. Objetivos	25
2.1 Questões de pesquisa.....	25
2.2 Objetivo geral.....	25
2.3 Objetivos específicos.....	26
Capítulo 3. Método	27
3.1 Delineamento do estudo	27
3.2 Participantes	27
3.3 Local e período de coleta de dados.....	27
3.4 Instrumentos.....	27
3.4.1 Instrumentos utilizados no processo de adaptação cultural do <i>Brief IPQ</i>	27
3.4.2 Instrumentos utilizados no processo de validação do <i>Brief IPQ</i>	28
3.5 Procedimentos	29
3.5.1 Tradução e adaptação cultural do <i>Brief IPQ</i>	29
3.5.2 Validação do <i>Brief IPQ</i>	29
3.6 Análise dos dados.....	30
Capítulo 4. Resultados	33
4.1 Tradução e adaptação cultural do <i>Brief IPQ</i>	33
4.2 Dados sociodemográficos, médico-clínicos e de percepção de doenças	35
4.2.1 Dados sociodemográficos, médico-clínicos e percepção de doenças da amostra global	35
4.2.2 Dados sociodemográficos, médico-clínicos e percepção de doenças	

por grupos de enfermidades ..	37
4.2.2.1 HIV/aids ..	37
4.2.2.2 Diabetes ..	38
4.2.2.3 Hipertensão ..	39
4.2.2.4 Psoríase ..	40
4.2.2.5 Asma ..	41
4.3 Validação do <i>Brief IPQ</i> ..	43
4.3.1 Análise dos pressupostos estatísticos ..	43
4.3.2 Análise dos componentes principais ..	44
4.3.3 Análise fatorial confirmatória ..	46
4.3.4 Validade discriminante ..	50
Capítulo 5. Discussão ..	52
5.1 Tradução e adaptação cultural do <i>Brief IPQ</i> ..	53
5.2 Dados sociodemográficos, médico-clínicos e de percepção de doenças ..	54
5.3 Validação do <i>Brief IPQ</i> ..	60
Capítulo 6. Considerações Finais ..	64
Referências ..	66
Anexos ..	74
Anexo A. Questionário sociodemográfico ..	75
Anexo B. Questionário médico-clínico ..	76
Anexo C. <i>Brief Illness Perception Questionnaire</i> ..	77
Anexo D. Entrevista para avaliação do <i>Brief IPQ</i> (versão para os pacientes) ..	78
Anexo E. Entrevista para avaliação do <i>Brief IPQ</i> (versão para os profissionais) ..	79
Anexo F. <i>Brief Illness Perception Questionnaire</i> (versão traduzida e adaptada para a cultura brasileira) ..	80
Anexo G. Autorização da autora do <i>Brief IPQ</i> para a sua adaptação e validação para a cultura brasileira ..	82
Anexo H. Termo de Consentimento Livre e Esclarecido ..	83
Anexo I. Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília ..	84
Anexo J. <i>Brief Illness Perception Questionnaire</i> (versão final após o processo de adaptação e validação para a cultura brasileira) ..	85

Lista de Tabelas

Tabela 1. Dados sociodemográficos e médico-clínicos da amostra global ($N = 324$)	36
Tabela 2. Percepção de doenças da amostra global	36
Tabela 3. Dados sociodemográficos e médico-clínicos da amostra por grupo de doença	42
Tabela 4. Percepção de doenças por enfermidade	42
Tabela 5. Solução fatorial com as cargas fatoriais, comunalidades, percentual de variância explicada e <i>alphas</i> de <i>Cronbach</i> do <i>Brief IPQ</i>	45
Tabela 6. Índices de adequação dos modelos testados.....	50

Lista de Figuras

Figura 1. Representação do Modelo de Autorregulação de Leventhal	9
Figura 2. Modelo hipotético 1 do <i>Brief IPQ</i> proposto pelo Modelo de Autorregulação de Leventhal	47
Figura 3. Resultados da AFC do Modelo 1 do <i>Brief IPQ</i>	48
Figura 4. Modelo hipotético 2 do <i>Brief IPQ</i> sugerido pelos resultados da análise dos componentes principais.....	49
Figura 5. Resultados da AFC do Modelo 2 do <i>Brief IPQ</i>	50

Lista de Siglas

Aids- *Acquired Immunodeficiency Syndrome* (Síndrome da Imunodeficiência Adquirida)

Brief IPQ- *Brief Illness Perception Questionnaire*

AFC- Análise fatorial confirmatória

HBV- Vírus da Hepatite B

HCV- Vírus da Hepatite C

HIV- *Human Immunodeficiency Virus* (Vírus da Imunodeficiência Humana)

IPQ- *Illness Perception Questionnaire*

IPQ-R- *Revised Illness Perception Questionnaire*

ACP- Análise dos Componentes Principais

SEM- *Structural Equation Modeling* (Modelagem de Equações Estruturais)

TARV- Terapia Antirretroviral

HSH- Homens que Fazem Sexo com Homens

DATASUS- Banco de Dados do Sistema Único de saúde

Apresentação

A importância de fatores psicológicos na etiologia e agravamento das doenças crônicas despertou o interesse de profissionais de saúde, especialmente psicólogos, dedicados à compreensão dos fenômenos envolvidos na manutenção de comportamentos e estilos de vida não saudáveis. No contexto da saúde, os modelos de autorregulação do comportamento tem sido amplamente utilizados com o intuito de explicar os comportamentos relacionados à saúde e à doença. Modelos com essas características, como o Modelo de Autorregulação de Leventhal, ganharam popularidade nas últimas décadas. Assim, houve o crescimento de pesquisas em âmbito mundial sobre a temática percepção de doenças com embasamento teórico no Modelo de Autorregulação de Leventhal. Tal crescimento pode ser, em grande parte, justificado pela disponibilidade de instrumentos de avaliação da percepção de doenças com boas propriedades psicométricas, aplicados a uma gama de enfermidades e condições de saúde (Petrie & Weinman, 2006).

Acredita-se na importância da temática percepção de doenças para a prática dos profissionais de saúde com base na experiência profissional pessoal, na qual se observa que pessoas apresentam frequentemente distorções a respeito da sua enfermidade que influenciam seu comportamento de adesão ao tratamento e estratégias de enfrentamento, o que está de acordo com investigações realizadas (Broadbent, Petrie, Main & Weinman, 2006; Petrie & Weinman, 2006; Weinman & Petrie, 1997).

No entanto, no Brasil, profissionais de psicologia que atuam em instituições de saúde muitas vezes se deparam com a falta de instrumentos específicos adaptados e validados para a cultura brasileira que possam ser verdadeiramente úteis e viáveis nestes contextos. Acredita-se, com base na experiência prática, que instrumentos breves e de avaliação quantitativa podem ser de grande valia para a atuação profissional. Um instrumento de aplicação fácil e rápida pode favorecer o trabalho do psicólogo nesse contexto, já que este, geralmente, dispõe de pouco tempo para atender a uma elevada demanda de pessoas, promovendo a inclusão de avaliações sobre a percepção de doença na rotina dos serviços de saúde.

Desta forma, quando a autora desse trabalho já manifestava a intenção de ingressar em um curso de mestrado acadêmico, ao tomar conhecimento do *Brief Illness Perception Questionnaire* (*Brief IPQ*) por uma docente renomada do curso de Aprimoramento Profissional em Psicologia da Saúde (Hospital de Base de São José do Rio Preto-SP), aprofundou-se no tema percepção de doença e foi convencida sobre a sua relevância para a prática profissional e de pesquisa. Além disso, considerou-se que a disponibilização de uma versão do *Brief IPQ* adaptada culturalmente e validada para o Brasil poderia constituir uma ferramenta útil, viabilizando a abordagem da temática na área da saúde. Ademais, identificar as percepções de doenças pode possibilitar intervenções psicológicas mais efetivas e, desta forma, favorecer a aquisição de comportamentos mais

funcionais diante da ameaça à saúde. Tal fato reforça o interesse em disponibilizar para o uso de psicólogos e outros profissionais de saúde um instrumento de avaliação da percepção de doenças.

Partindo deste propósito, o presente trabalho de pesquisa está estruturado em sete partes: (1) Revisão de literatura; (2) Objetivos; (3) Método; (4) Resultados; (5) Discussão; (6) Considerações finais; (7) Referências. No primeiro capítulo, referente à revisão de literatura, será realizada uma breve contextualização acerca das mudanças ocorridas no campo da saúde em decorrência do aumento da incidência das doenças crônicas (transmissíveis e não transmissíveis), ressaltando o papel dos indivíduos, com ênfase nas cognições e comportamentos dos mesmos, para o desenvolvimento e agravamento de enfermidades crônicas. Em seguida, serão ilustrados modelos de autorregulação. Também serão abordados os conceitos e contribuições do Modelo de Autorregulação do comportamento de Leventhal e colaboradores, bem como sua influência para a subárea de estudo da percepção de doenças. Na sequência, serão apresentados os instrumentos de avaliação mais utilizados, embasados no modelo de Leventhal, com destaque para o *Brief IPQ* (Broadbent et al., 2006). Serão citadas, ainda, pesquisas desenvolvidas em âmbito mundial sobre essa temática, sendo dado enfoque a estudos que investigaram a percepção de doença de pessoas com enfermidades crônicas.

Na seção objetivos (Capítulo 2) serão apresentadas a justificativa e as questões norteadoras do estudo, além dos objetivos gerais e específicos. A seção método encontra-se subdividida em: delineamento do estudo, participantes, local e período de coleta de dados, instrumentos, procedimentos para tradução e adaptação cultural do *Brief IPQ*, procedimentos para validação do *Brief IPQ* e a descrição das técnicas utilizadas para a análise dos dados. Em seguida, os resultados da pesquisa serão apresentados, subdivididos em: tradução e adaptação cultural do *Brief IPQ*; caracterização sociodemográfica e médico-clínica da amostra e percepção de doenças; e validação do instrumento (análise de pressupostos estatísticos, análise fatorial exploratória, análise fatorial confirmatória e validade discriminante). Na sequência, os resultados serão discutidos. Por fim, na última seção do estudo serão apresentadas as considerações finais da investigação e, em seguida, encontram-se as referências.

Espera-se com este estudo disponibilizar um instrumento com boas propriedades psicométricas que seja útil na prática de psicólogos da saúde, fornecendo subsídios para a identificação de crenças disfuncionais sobre agravos à saúde em pacientes com doenças crônicas, especialmente. Além disso, almeja-se com a publicação da versão adaptada e validada para a cultura brasileira contribuir para o aumento de pesquisas e ampliação de publicações sobre a temática percepção de doenças.

Capítulo 1. Revisão de Literatura

Nesse capítulo serão apresentadas informações sobre a incidência e a prevalência de doenças crônicas (transmissíveis e não transmissíveis), sendo ressaltadas suas principais características, com destaque para os aspectos emocionais e psicológicos relacionados a esses agravos à saúde. Em seguida, serão descritos alguns modelos de autorregulação que visam explicar a relação entre emoção, comportamento e cognição, frequentemente utilizados na área da saúde, como o Modelo de Estresse e Enfrentamento de Lazarus e Folkman, o Modelo de Estilos de Enfrentamento de Carver e Scheier e o Modelo de Crenças em Saúde. Será dado enfoque ao Modelo de Autorregulação do Comportamento de Leventhal e apresentados instrumentos de avaliação de percepção de doenças embasados nesse modelo, com destaque para o *Brief IPQ*. Serão citadas pesquisas desenvolvidas em âmbito mundial sobre a temática percepção de doença, com maior ênfase naquelas que investigaram as enfermidades crônicas de interesse nesse estudo: HIV/aids, diabetes, hipertensão arterial, psoríase e asma.

1.1 Doenças Crônicas Transmissíveis e Não-Transmissíveis

Até meados do século XX, as principais causas de mortalidade eram as doenças infecciosas, porém os avanços na medicina e na farmacologia mudaram este cenário. Atualmente, as doenças crônicas (transmissíveis e não-transmissíveis) são as principais causas de morte no mundo, influenciadas por fatores comportamentais e ambientais. Assim, suas causas, que antes eram consideradas de origem estritamente biológica, passaram a ser atribuídas também a diversos fatores psicológicos e/ou sociais, o que despertou o interesse de psicólogos da saúde (Organização Mundial da Saúde, 2002; Straub, 2005).

As doenças crônicas são enfermidades de longa duração e que possuem, geralmente, uma lenta progressão (Organização Mundial da Saúde, 2011). Segundo dados da Organização Mundial de Saúde (2011), as doenças crônicas não-transmissíveis foram responsáveis por 63% de 57 milhões de mortes que ocorreram em 2008. A maioria dessas mortes foram ocasionadas por doenças cardiovasculares, diabetes, câncer e enfermidades respiratórias crônicas.

No Brasil, em 2007, 72% das mortes foram atribuídas às doenças crônicas não-transmissíveis. Apesar da redução de mortes por doenças cardiovasculares e doenças respiratórias crônicas devido a políticas de prevenção bem sucedidas, houve o aumento de enfermidades como diabetes e hipertensão, em decorrência de hábitos de alimentação inadequados e ao sedentarismo, já que ambos estão associados ao aumento de peso da população, o que constitui um fator de risco para essas doenças (Schmidt et al., 2011).

Apesar das enfermidades crônicas não-transmissíveis serem responsáveis por um elevado índice de mortalidade, as doenças crônicas transmissíveis, como o HIV e as hepatites virais, podem acarretar consequências graves para a vida dos indivíduos acometidos. O HIV/aids é considerado

uma pandemia, sendo que mais de 34 milhões de pessoas estão contaminadas no mundo (Joint United Nations Programme on HIV/AIDS, 2011). No Brasil, apesar da tendência à estabilização da incidência, os dados epidemiológicos são preocupantes: foram notificados 608.230 casos de aids de 1980 a junho de 2011 (Ministério da Saúde, 2011a). Já em nível secundário ou terciário de atenção em saúde, a adesão ao tratamento medicamentoso representa uma preocupação para profissionais de saúde engajados no atendimento à população soropositiva (Ministério da Saúde, 2008). Ressalta-se que as cognições sobre a doença e o tratamento influenciam comportamentos de adesão ou não adesão em pacientes soropositivos e tem sido foco de investigação e intervenção psicológica (Reynolds et al., 2009; Seidl, Melchíades, Farias & Brito, 2007).

Em relação aos casos de hepatites virais, foram notificados no Brasil 104.454 casos de hepatite B em 2010 e 69.952 casos de hepatite C entre 1999 a 2010 (Ministério da Saúde, 2011b). As hepatites B e C são caracterizadas por inflamação do fígado causada pelo vírus HBV e HCV, respectivamente. Elas podem evoluir de forma crônica e causar cirrose hepática e câncer do fígado. As causas de transmissão de ambas são: transfusão de sangue; compartilhamento de material para uso de drogas, higiene pessoal, ou para confecção de tatuagem e colocação de *piercings*; relação sexual desprotegida (menos comum na hepatite C); e transmissão vertical (Ministério da Saúde, 2011b). O tratamento para a hepatite B e C é difícil, podendo ocorrer sintomas psicológicos e transtornos mentais decorrentes do uso da medicação (interferon alfa peguilado e ribavirina), como depressão, ideação suicida e estresse pós-traumático. Tal fato sugere a importância do acompanhamento psicológico desses pacientes, com o intuito de auxiliá-los a desenvolver estratégias de enfrentamento mais adaptativas e promover um melhor gerenciamento da doença (Miyazaki, Domingos, Valério, Souza & Silva, 2005).

Assim, em ambas as classificações de doenças crônicas (transmissíveis e não-transmissíveis), fatores cognitivos, comportamentais e emocionais estão diretamente envolvidos no processo de adoecimento. Desta forma, a importância de aspectos psicológicos no gerenciamento de doenças crônicas tem recebido crescente atenção no campo da saúde. Nas últimas décadas, pesquisadores e profissionais de saúde tem dado maior ênfase à prevenção de doenças em populações saudáveis, mas também concentram esforços com o intuito de compreender e melhorar comportamentos de adesão ao tratamento em pessoas com doenças crônicas (Weinman & Petrie, 1997).

Neste cenário onde as enfermidades crônicas transmissíveis e não transmissíveis são altamente prevalentes, observam-se mudanças em relação ao papel do indivíduo enfermo, que é estimulado a participar ativamente dos processos de cuidados com a saúde, nos quais o estilo de vida pode ser determinante para o desenvolvimento e/ou agravamento de sua doença (Weinman & Petrie, 1997).

Além disso, estar doente nos dias atuais não é apenas ter sinais ou sintomas de uma doença, trata-se de uma experiência idiossincrática e abrangente. Alguns termos utilizados na língua inglesa refletem as mudanças na conceituação de saúde e doença. O termo *disease* refere-se a “estar

doente”, ou seja, a pessoa tem um diagnóstico médico para alguma enfermidade; já *illness* corresponde a “sentir-se doente”, baseando-se nos autorrelatos de sintomas físicos e mentais. Por outro lado, o termo *sickness* indica “comportar-se como doente”, o que diz respeito ao papel social do indivíduo enfermo (Wikman, Marklund & Alexanderson, 2005). Ressalta-se que uma pessoa pode ter um agravo diagnosticado, mas não sentir-se doente. Em contrapartida, existem pessoas que apresentam queixas físicas e/ou emocionais, que podem ter repercussões no papel social, e não são consideradas, do ponto de vista médico, como pessoas acometidas por enfermidades, ou seja, podem não receber um diagnóstico formal (Sousa, 2003). Assim, ressalta-se que o papel da significação da doença em pessoas leigas é determinante na avaliação dos sintomas, na interpretação sobre suas causas e evolução, bem como nas decisões em aderir às recomendações médicas ou mesmo em relação a mudanças de hábitos de vida pouco saudáveis (Reis & Fradique, 2003).

Nessa perspectiva, destaca-se a importância de cognições e emoções associadas ao processo saúde-doença, já que influenciam a tomada de decisão que irá determinar a adoção de comportamentos saudáveis, na prevenção, no tratamento e na reabilitação de doenças crônicas (Colleto & Câmara, 2009; Figueiras, Machado & Alves, 2002; Hirani & Newman, 2005; McIntyre, 1994 conforme citado em Sousa, 2003; Straub, 2005; Weinman & Petrie, 1997). Na tentativa de explicar a relação entre cognições, emoções e comportamentos de saúde estudiosos desenvolveram modelos de autorregulação do comportamento, sendo alguns deles mais generalistas (aplicáveis a diversas condutas humanas) enquanto outros se aplicam especificamente ao âmbito da saúde (Cameron & Leventhal, 2003).

1.2 Modelos de Autorregulação do Comportamento

A noção de autorregulação foi desenvolvida em meados da década de 1970, tendo por base a teoria sociocognitiva de Bandura, focada essencialmente na intencionalidade do comportamento do indivíduo e no fato deste ser orientado por determinados objetivos. Na década de 1980, um grande número de artigos sobre autorregulação foi publicado, especialmente em revistas científicas das áreas de psicologia social e personalidade. Nos anos de 1990, o conceito de autorregulação foi ampliado para incluir vários aspectos e aplicações do construto autorregulação, como aprendizagem autorregulada, autocontrole e autogerenciamento (Filipe, 2008; Zimmerman, 2000).

Assim, a autorregulação é um construto que integra satisfatoriamente vertentes teóricas e de pesquisa dos campos cognitivo, motivacional, social e comportamental. Desta forma, o conceito de autorregulação tem sido utilizado em diversas áreas, como personalidade, motivação/cognição, psicologia social, psicologia clínica, psicologia do desenvolvimento, psicologia da saúde/medicina comportamental, educação, psicologia organizacional e psicologia experimental. Diante disso, torna-se difícil encontrar uma definição global para autorregulação do comportamento, mas, de

maneira geral, ela refere-se a pensamentos auto gerados, sentimentos e ações que são planejadas e ciclicamente adaptadas para obter objetivos pessoais (Filipe, 2008; Zimmerman, 2000).

De modo geral, os modelos de autorregulação destacam o papel ativo e intencional do indivíduo para atingir uma meta almejada. Enquanto processo, a autorregulação integra a seleção e o estabelecimento de objetivos pessoais, o planejamento e a implementação de comportamentos direcionados a um determinado fim, bem como a manutenção daqueles buscados e desejados em diferentes contextos da vida da pessoa (Filipe, 2008).

Existe um aumento crescente no número de pesquisadores e profissionais dos campos da saúde e das ciências sociais que estão adotando conceitos e princípios das teorias de autorregulação para explicar o comportamento humano e promover mudanças de conduta em diferentes contextos (Leventhal, Brissete & Leventhal, 2003). Há diversos modelos de autorregulação do comportamento, sendo que eles compartilham algumas propriedades básicas. Praticamente todos os modelos interpretam a autorregulação como um processo sistemático, envolvendo esforços conscientes para modular pensamentos, emoções e comportamentos e assim alcançar objetivos diante de mudanças ambientais. Para as teorias de autorregulação é fundamental o delineamento de um sistema de processos emocionais que são integralmente relacionados com mecanismos cognitivos. Os modelos de autorregulação, tipicamente, descrevem o processamento paralelo de objetivos focados no problema e focados na emoção, com processos comportamentais e cognitivos simultaneamente dedicados a controlar o problema de saúde e regular o *distress* emocional (Cameron & Leventhal, 2003).

O fator principal que distingue os diferentes modelos de autorregulação utilizados em psicologia da saúde refere-se à sua especificidade, ou seja, se ele representa um modelo geral do comportamento, como o Modelo de Carver e Scheier e o Modelo de Estresse e Enfrentamento de Lazarus e Folkman, ou se é aplicado especificamente a comportamentos de saúde e doença, como é o caso do Modelo de Crenças em Saúde e o Modelo de Autorregulação de Leventhal (Cameron & Leventhal, 2003).

1.2.1 Estilos e estratégias de enfrentamento: o Modelo de Carver e Scheier e o Modelo de Estresse e Enfrentamento de Lazarus e Folkman.

O Modelo de Carver e Scheier defende a existência de estilos de enfrentamento, que estariam relacionados a formas habituais de lidar com o estresse. Segundo esses autores, haveria uma tendência a se lançar mão de respostas de enfrentamento em menor ou maior grau em determinadas situações de estresse. Os estilos de enfrentamento tem sido mais frequentemente relacionados a características de personalidade ou a resultados de enfrentamento. Ressalta-se que esses estilos não necessariamente implicam a presença subjacente de traços de personalidade que predispõem a pessoa a responder de determinada forma; eles podem refletir uma tendência a responder de uma

forma particular quando o indivíduo é confrontado com circunstâncias específicas (Antoniazzi, Dell’Aglia & Bandeira, 1998).

Já o modelo de Lazarus e Folkman, em vez de estilos de enfrentamento, aborda estratégias de enfrentamento. Esses estudiosos dividem enfrentamento em duas categorias: enfrentamento focalizado no problema e enfrentamento focalizado na emoção. Segundo Lazarus e Folkman, enfrentamento pode ser definido como um conjunto de esforços, cognitivos e comportamentais, utilizados pelos indivíduos com o objetivo de lidar com demandas específicas, internas ou externas, que surgem em situações de estresse e são avaliadas como excedendo seus recursos pessoais. Esse modelo envolve quatro conceitos principais: (a) enfrentamento é um processo ou uma interação que se dá entre o indivíduo e o ambiente; (b) sua função é de administração da situação estressora; (c) os processos de enfrentamento dependem da noção de avaliação, ou seja, são baseados na percepção, interpretação e representação cognitiva do fenômeno; (d) os processos de enfrentamento são caracterizados por uma mobilização de esforços cognitivos e comportamentais para administrar (reduzir, minimizar ou tolerar) as demandas internas e externas (Antoniazzi et al., 1998; Seidl, Tróccoli & Zannon, 2001).

Ressalta-se que grande parte da literatura sobre enfrentamento concentra-se na área de saúde (Faria & Seidl, 2005), considerando que os modelos de enfrentamento podem ser úteis para a compreensão de como os indivíduos lidam com a doença, permitindo que os profissionais de saúde identifiquem comportamentos disfuncionais e não-adaptativos de maneira que possam intervir para o desenvolvimento de um repertório cognitivo e comportamental mais funcional. Outro modelo de autorregulação utilizado no âmbito da saúde, especialmente em práticas preventivas, é o Modelo de Crenças em Saúde (Straub, 2005).

1.2.2 Modelo de Crenças em Saúde

O Modelo de Crenças em Saúde começou a ser desenvolvido no início da década de 1950 por estudiosos que pertenciam ao serviço de saúde pública dos Estados Unidos e que tinham uma orientação fenomenológica baseada nas teorias de Kurt Lewin. Inicialmente, seu enfoque era psicossocial e enfatizava a prevenção; em seguida, focou os comportamentos de evitação da doença; e nos anos 70 do século passado, deu ênfase a tratamentos e a respostas dos pacientes a sintomas manifestos. A partir do modelo da teoria racional de crenças, desenvolvido por Hochbaum, Leventhal e Rosentock, surge o modelo de crenças em saúde de Becker. Esse modelo foi desenvolvido em 1974 e sugere que uma pessoa adotará uma determinada ação de saúde em relação ao interesse que possui na problemática (ou seja, motivação em saúde), bem como sobre sua percepção acerca de: 1) suscetibilidade ou vulnerabilidade à doença; 2) gravidade percebida das consequências no caso de desenvolver a doença; 3) benefícios potenciais da ação de prevenção ou redução de ameaça; 4) custos e barreiras físicas, psicológicas, econômicas etc., para concretizar a ação preventiva ou de redução da ameaça (Quiceno & Vinaccia, 2010).

Outros modelos de crenças em saúde também foram desenvolvidos, sendo destacadas as contribuições de Howard Leventhal, que idealizou um modelo de autorregulação em meados de 1980. Trata-se de um modelo cognitivo especificamente aplicado a comportamentos de saúde e doença que será descrito com mais detalhes, por ser foco de interesse do presente estudo (Cameron & Leventhal, 2003; Quiceno & Vinaccia, 2010).

1.3 Modelo de Autorregulação do Comportamento de Leventhal

O Modelo de Autorregulação do Comportamento de Leventhal, proposto em 1980, derivou de estudos sobre o impacto de mensagens de medo sobre o comportamento preventivo (Sousa, 2003). Leventhal descobriu que as mensagens de medo, independentemente do temor produzido, apenas eram efetivas se levavam a um plano de ação. Esse achado o levou a inferir que o fator principal que levava à adoção de comportamentos preventivos não dizia respeito às mensagens de medo em si, mas sim à forma como as pessoas representavam ou compreendiam a ameaça de doença. Leventhal buscava explicar a falta de adesão dos pacientes aos tratamentos médicos e aos programas de prevenção de doenças (Quiceno & Vinaccia, 2010).

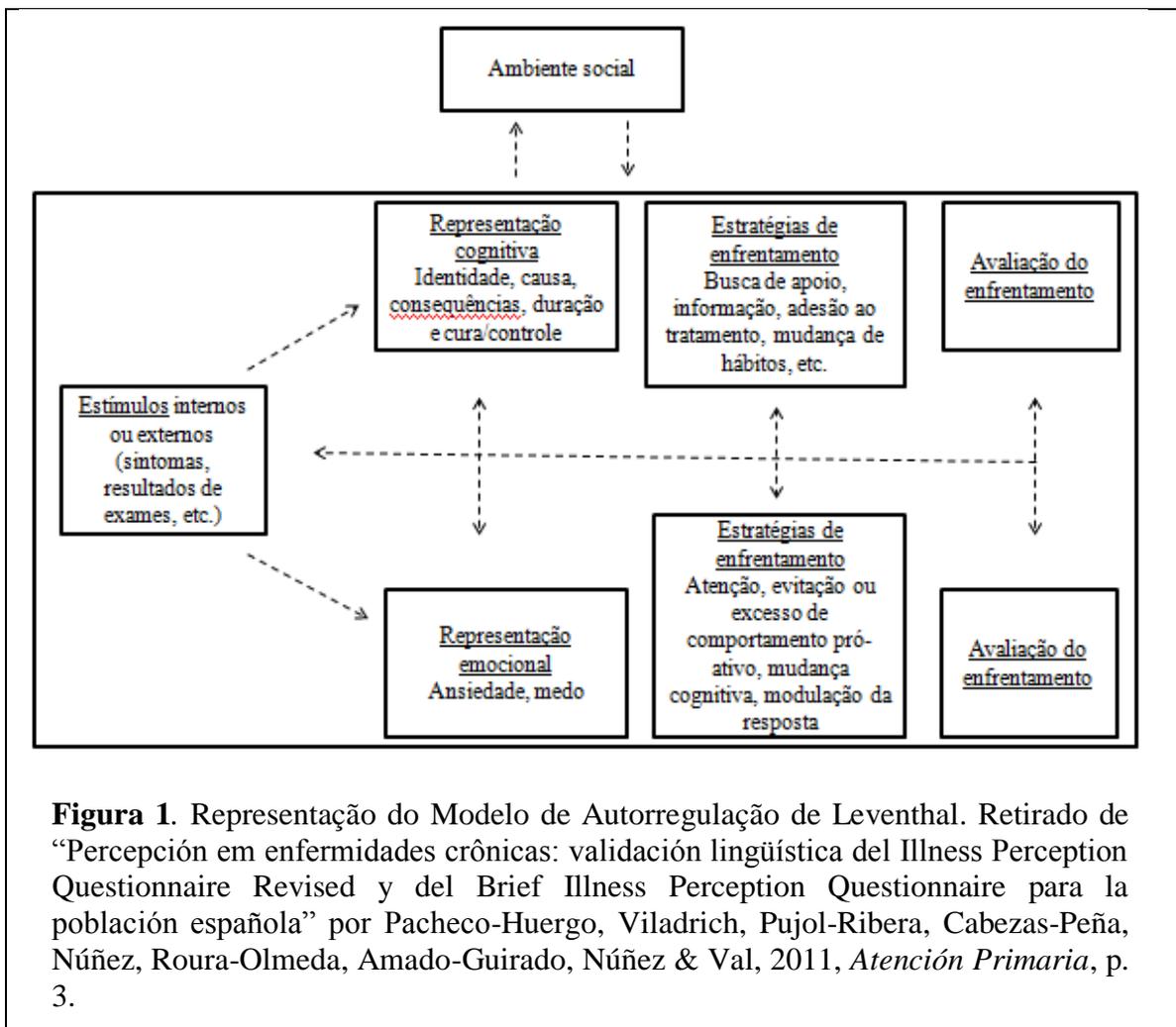
Assim, para Leventhal, quando os pacientes recebem o diagnóstico de uma enfermidade, eles geralmente revelam um padrão de crenças sobre a sua condição, que por sua vez, são importantes determinantes dos comportamentos que serão emitidos para o gerenciamento da doença. Trata-se de um processo dinâmico, que muda em resposta às alterações nas percepções de doença. Essas percepções ou representações cognitivas influenciam diretamente as respostas emocionais do indivíduo à enfermidade e aos comportamentos de enfrentamento (Petrie & Weinman, 2006). Ressalta-se que atualmente, a literatura internacional sobre este assunto é vasta, sendo utilizados os termos percepção, crenças, cognições ou representações alternadamente para fazer referência ao mesmo fenômeno (Sousa, 2003).

Desta forma, o Modelo de Autorregulação do Comportamento de Leventhal é centrado nas crenças individuais sobre saúde/doença e nas respostas às ameaças de doença. Ele parte da premissa que o paciente é um agente ativo na resolução de seus problemas, respondendo de forma dinâmica à enfermidade segundo a sua interpretação e avaliação (Husain, Dearman, Chaudhry, Rizvi & Waheed, 2008; Sousa, 2003).

As respostas às doenças seguem normalmente três etapas (Sousa, 2003; Pacheco-Huergo et al., 2011), conforme Figura 1. A primeira é a representação cognitiva e emocional da ameaça à saúde ou interpretação: a pessoa doente ao ser confrontada com uma potencial doença por meio de pistas internas (ex. sintomas) ou externas (ex. informação), tenta atribuir um significado ao problema, com base nas suas cognições preexistentes sobre a enfermidade. Essas cognições organizam-se em cinco dimensões: identidade, causa, duração, consequências e cura/controle. É por meio da representação cognitiva que o indivíduo atribui um determinado sentido ao problema, que irá, por sua vez, influenciar as estratégias por ele adotadas para lidar com a doença.

Simultaneamente à representação cognitiva, ocorrem também alterações no estado emocional que, conjuntamente, irão determinar a adoção de estratégias para enfrentar a situação.

A segunda etapa refere-se ao desenvolvimento e implementação das estratégias de enfrentamento. Nesta fase, a pessoa identifica e seleciona estratégias que lhe permitam adquirir o equilíbrio físico e emocional ameaçado ou perdido. Para tanto, o indivíduo pode desenvolver um conjunto de estratégias de enfrentamento que habitualmente se reúnem em dois grupos: enfrentamento de aproximação, como resolução de problemas ou busca de suporte social, ou enfrentamento de evitação, como negação. Na terceira fase ocorre a ponderação ou avaliação das estratégias de enfrentamento empregadas, com fins de adaptação à doença ou às suas consequências, mantendo a qualidade de vida, dentro do possível (Sousa, 2003; Pacheco-Huergo et al., 2011).



1.3.1 Os componentes de representação de doenças

Destacam-se os cinco componentes que Leventhal atribui à representação cognitiva da doença (Broadbent et al., 2006; Cameron & Leventhal, 2003; Diefenbach & Leventhal, 1996; Figueiras et al., 2002; Leventhal et al., 2003; Petrie & Weinman, 2006; Santos, Pais-Ribeiro & Lopes, 2003):

- **Identidade:** refere-se aos rótulos abstratos, às ideias que o paciente possui sobre a sua doença, bem como à interpretação que faz dos sintomas. Muitas pessoas desenvolvem ideias sobre sintomas que são comuns a doenças como resfriado ou intoxicação alimentar, mas elas podem ter ideias mais vagas em relação a outras doenças. Entretanto, quando os indivíduos são diagnosticados com uma condição eles logo desenvolvem e/ou manifestam crenças sobre sintomas associados à doença. Um aspecto importante do componente identidade é que a visão dos pacientes em relação aos sintomas pode ser distorcida, sendo que essas percepções podem não estar, de fato, relacionadas com a enfermidade que o paciente possui.
- **Causa:** indica as atribuições do paciente acerca das prováveis causas da sua doença, que podem se referir a fatores internos e externos. Assim, logo após ser diagnosticado com alguma doença, os pacientes também formulam crenças causais sobre o porquê do desenvolvimento de sua enfermidade. Atualmente, é bastante comum que os pacientes relacionem o surgimento de sua doença a aspectos perniciosos da vida moderna, como estresse e poluição. As crenças causais são importantes no sentido que podem influenciar o tipo de tratamento que o indivíduo busca ou as mudanças que fazem para controlar a condição. Por exemplo, um paciente que teve um ataque cardíaco e acredita que sua doença foi causada por hábitos de saúde inadequados, tais como fumar e/ou ingerir alimentos ricos em gordura, é mais provável que ele faça mudanças nos comportamentos de fumar e nos alimentares. Ou se o paciente pensa que a causa foi o estresse, ele pode fazer outras alterações em sua vida cotidiana, como modificar aspectos relacionados ao contexto do trabalho. Em outras enfermidades, crenças causais podem influenciar fortemente a resposta emocional à doença, particularmente se o paciente se culpa ou culpa os outros por sua condição. Níveis de autculpabilização podem ser elevados em pessoas que tem câncer ou doenças sexualmente transmissíveis, em função de fatores comportamentais e de estilo de vida muitas vezes associados à etiologia desses agravos.
- **Dimensão temporal (duração):** refere-se à percepção de duração do problema de saúde, podendo ser agudo, crônico ou cíclico/episódico. Desta forma, pacientes também adotam crenças temporais sobre a sua doença, frequentemente variando de aguda a crônica. No entanto, existem pessoas que interpretam a sua doença como cíclica, caso daqueles com hipertensão arterial, que comumente atribuem o aumento da pressão sanguínea a situações de estresse. Crenças de dimensão temporal tem associações importantes com a adesão à medicação, pois se os indivíduos interpretam que sua doença é aguda (mesmo não sendo) podem realizar o tratamento apenas na presença de sintomas.

- Consequências: indicam as crenças que o indivíduo possui acerca da gravidade da doença e o provável impacto no funcionamento biopsicossocial. Esse componente engloba o efeito que a doença terá sobre o trabalho, a família, o estilo de vida e as finanças. De modo geral, a percepção dos pacientes sobre as consequências da doença reflete subjetivamente a severidade da condição, que pode ter pouca relação com marcadores clínicos de gravidade da enfermidade.
- Cura/controle: demonstra o quanto os pacientes acreditam que sua doença pode ser curada ou controlada, bem como reflete as crenças que o indivíduo possui sobre a eficácia do tratamento. Os componentes “dimensão temporal” e “causa” tendem a estar associados com crenças sobre o controle e cura da doença.

Os componentes de representação cognitiva apresentam uma interrelação lógica. Por exemplo, uma crença forte que a doença pode ser curada ou controlada é tipicamente associada com a percepção de que ela será de curta duração e implicará em consequências relativamente mais brandas. Ao contrário, crenças de que a doença terá uma longa duração associada a um grande número de sintomas, tendem a relacionar-se com uma percepção de consequências mais graves ao lado de crenças frágeis em relação à possibilidade de controle ou cura da doença (Petrie, Broadbent & Kydd, 2008; Sousa, 2003).

Além disso, estudos apontam a presença de relação entre os cinco componentes de representação de doença, descritos por Leventhal, e entre a percepção de doença e aspectos psicológicos, entre eles: enfrentamento (por exemplo, pessoas que utilizam estratégias de enfrentamento mais ativas tendem a uma percepção de doença menos centrada na ameaça); humor (como ansiedade e depressão); adaptação funcional; e adesão às recomendações médicas (Broadbent et al., 2006; Quiceno & Vinaccia, 2010; Petrie & Weinman, 2006; Weinman & Petrie, 1997).

Em resumo, os componentes representam crenças que norteiam as respostas às doenças (Lau, Bernard & Hartman, 1989). Desta forma, eles fornecem uma estrutura para que os pacientes encontrem um sentido para seus sintomas, avaliem os riscos à saúde e desenvolvam estratégias de enfrentamento. Além disso, podem ser preditores da adesão (ou não adesão), pois esta representa um dos comportamentos emitidos em resposta à maneira como a doença é percebida (Leventhal et al., conforme citado por Husain et al., 2008). Ressalta-se que não é necessário que os indivíduos tenham tido uma experiência direta com a doença para que desenvolvam seus modelos de representação cognitiva e emocional, na medida em que podem desenvolver suas percepções a partir da experiência de familiares ou de pessoas relevantes do contexto social, bem como, por influência de informações fornecidas pela mídia (Petrie & Weinman, 2006).

O Modelo de Autorregulação do Comportamento de Leventhal embasou a elaboração de instrumentos que tem como proposta avaliar a percepção de doenças. Com a difusão de medidas em âmbito mundial, houve a ampliação da literatura internacional sobre esta temática.

1.4 Instrumentos de Avaliação da Percepção de Doenças

Observa-se um interesse crescente de estudiosos no desenvolvimento de medidas para avaliar a percepção de doenças. Todavia, técnicas como entrevistas não-padronizadas tem sido empregadas por pesquisadores, sendo identificadas limitações teóricas e metodológicas (Weinman, Petrie, Moss-Morris & Horne, 1996). Assim, na tentativa de compreender a natureza da relação entre doença e estratégias de enfrentamento, e para o desenvolvimento de intervenções que permitam facilitar o autogerenciamento das enfermidades, estudiosos desenvolveram os seguintes instrumentos com base no Modelo de Autorregulação de Leventhal: (a) *Illness Perception Questionnaire* (IPQ); (b) *Revised Illness Perception Questionnaire* (IPQ-R); e (c) *Brief Illness Perception Questionnaire* (Brief IPQ) (Broadbent et al., 2006; Moss-Morris et al., 2002; Weinman et al., 1996).

1.4.1 *Illness Perception Questionnaire* (IPQ).

Os pesquisadores objetivaram construir um instrumento de avaliação quantitativa, com um embasamento teórico estruturado a partir do Modelo de Leventhal, que fosse suficientemente flexível para usar itens adicionais direcionados a grupos de pacientes, contextos e tratamentos de saúde específicos. Além disso, era essencial que esse instrumento tivesse boas propriedades psicométricas. A partir desta proposta foi desenvolvido o IPQ (Weinman et al., 1996), contendo cinco escalas que avaliam os componentes da representação cognitiva da doença descritos anteriormente (identidade, causa, duração, consequências e cura/controla). Para sua validação foram investigados grupos de indivíduos com as seguintes doenças e/ou condições crônicas: infarto do miocárdio, síndrome da fadiga crônica, artrite reumatóide, diabetes, dor, doença renal e asma (Weinman et al., 1996).

Desde a sua criação o IPQ tem sido utilizado em vários estudos, foi validado para diversos idiomas, com o propósito de avaliar a adaptação dos pacientes a doenças, como artrite reumatóide, neoplasias, psoríase, doença de Addison, síndrome da fadiga crônica, doença pulmonar obstrutiva crônica e cardiopatias (Moss-Morris et al., 2002; Santos et al., 2003). Este instrumento possui traduções disponíveis para oito idiomas, entre eles: inglês, francês, italiano, norueguês, romeno e samoano. Além disso, são encontradas versões específicas, em língua inglesa, para síndrome da fadiga crônica, hipertensão e HIV, bem como para diabetes em três idiomas (inglês, francês e romeno). Essas versões estão disponíveis no sítio <http://www.uib.no/ipq>.

Porém, o uso da versão inicial do IPQ não tem sido recomendado, já que se encontra disponível uma versão revisada: o *Revised Illness Perception Questionnaire* (IPQ-R). Este foi desenvolvido com o propósito de sanar algumas limitações do IPQ constatadas por pesquisadores que fizeram uso do instrumento. Entre elas, cita-se o fato de não avaliar a representação emocional da doença e ainda por possuir debilidades em relação às propriedades psicométricas. Uma revisão crítica de estudos publicados revelou muitas variações na consistência interna de subescalas

específicas, tais como cura/controle e dimensão temporal, o que pode ser parcialmente atribuído a variações no tamanho da amostra e a grupos de doenças estudados. Em relação à subescala cura/controle, outros estudos de análise fatorial revelaram que os itens representavam dois fatores distintos: um dos componentes referia-se à preocupação com o controle pessoal ou crenças de autoeficácia, enquanto o outro se relacionava a crenças no tratamento ou recomendações profissionais. Assim, foram mantidas duas subescalas específicas na versão revisada (Moss-Morris et al., 2002).

1.4.2 Revised Illness Perception Questionnaire (IPQ-R)

A revisão do IPQ possibilitou a melhoria das suas propriedades psicométricas, sendo realizadas adaptações que levaram a um aumento no número de itens. Foram incluídas outras escalas, entre elas coerência da doença (compreensão), duração cíclica e representação emocional (Figueiras et al., 2002; Moss-Morris et al., 2002; Santos et al., 2003).

Assim, o IPQ-R é dividido em três seções, com as escalas de “identidade” e “dimensão causal” apresentadas separadamente. A escala de identidade, apresentada primeiramente, é constituída por quatorze sintomas, sendo doze deles integrantes do IPQ original: dores em geral, dores de garganta, náusea, falta de ar, perda de peso, fadiga, rigidez articular, olhos inflamados, dificuldades para respirar, dores de cabeça, indisposição do estômago, dificuldades para dormir, tonturas e sensação de perda de forças. As instruções para essa escala foram também alteradas. O IPQ original inclui uma avaliação da intensidade dos sintomas, enquanto no IPQ-R os pacientes devem apenas responder com “sim” ou “não” se apresentam os sintomas desde o início da doença e se acreditam que estes estão relacionados com a mesma. Posteriormente, são apresentados 38 itens correspondentes às subescalas: consequências, dimensão temporal (aguda/crônica), dimensão cíclica (caráter intermitente de sinais e sintomas da doença), coerência e dimensão emocional. Estes itens são avaliados por meio de uma escala Likert de cinco pontos (discordo plenamente, discordo, não concordo nem discordo, concordo, concordo plenamente). Nessa seção, todos os itens do IPQ original foram incluídos, sendo adicionados novos itens (coerência da doença, duração cíclica e representação emocional) correspondentes às subescalas não contempladas no IPQ original. Finalmente, é apresentada a última seção relativa à dimensão causal, que também utiliza uma escala do tipo Likert de cinco pontos. Destaca-se que, nesta seção, houve um aumento no número de itens atribucionais, ou seja, há uma quantidade maior de causas possíveis para a doença. Ainda, no final da seção “causas da minha doença” é solicitado que o paciente classifique por ordem de importância os três fatores que possam ter causado sua doença, segundo a sua percepção (Figueiras et al., 2002; Moss-Morris et al., 2002; Santos et al., 2003).

Escore elevado nas escalas de identidade, dimensão temporal, consequências e dimensão cíclica indicam crenças negativas sobre o número de sintomas da doença, cronicidade da condição, consequências e natureza cíclica da enfermidade, respectivamente. Altos escores nas dimensões

controle pessoal, controle de tratamento e coerência representam crenças positivas sobre a controlabilidade da doença, bem como refletem um bom entendimento do indivíduo sobre a sua condição (Figueiras et al., 2002; Moss-Morris et al., 2002; Santos et al., 2003).

Este instrumento foi validado em uma amostra composta de 711 participantes, divididos em oito grupos de doenças: asma, diabetes, artrite reumatóide, dor crônica, dor aguda, infarto do miocárdio, esclerose múltipla e HIV. Em relação às propriedades psicométricas, todas as subescalas do instrumento revelaram boa consistência interna, sendo que o *alpha* de Cronbach na subescala dimensão temporal cíclica foi de 0,79, na dimensão aguda/ dimensão crônica foi de 0,89 e da identidade foi de 0,75. Para verificar a confiabilidade teste-reteste foram avaliados doentes renais em diálise após o período de três semanas. As dimensões do IPQ-R demonstraram boa estabilidade, com correlações variando de 0,46 a 0,88. Desta forma, o IPQ-R foi considerado um instrumento com boas propriedades psicométricas, que permite a avaliação dos principais componentes relacionados à percepção de doenças (Moss-Morris et al., 2002).

O IPQ-R possui a vantagem de poder ser adaptado para agravos particulares, substituindo a palavra doença pelo nome específico da enfermidade que se deseja investigar (ex: HIV, diabetes etc.). Além disso, itens relevantes para a escala identidade e causas da doença podem ser prontamente inseridos no questionário. São encontradas traduções para dezessete idiomas: chinês, francês, inglês, alemão, português, hebraico, persa, russo, grego, espanhol, entre outros. Também estão disponíveis no sítio <http://www.uib.no/ipq> versões específicas para as diversas doenças em inglês. O IPQ e o IPQ-R tem experimentado uma crescente internacionalização, sendo que foram utilizados em mais de 150 estudos (Pacheco-Huergo et al., 2011).

1.4.3 Brief Illness Perception Questionnaire (Brief IPQ).

Apesar de todas essas vantagens, o IPQ-R é um instrumento extenso, o que dificulta sua utilização em contextos diversos, em especial na prática clínica em saúde. Assim, outra versão do questionário foi desenvolvida, o *Brief Illness Perception Questionnaire (Brief IPQ)*. Trata-se de uma versão reduzida, que avalia a representação cognitiva e emocional das doenças, sendo composta por nove itens desenvolvidos a partir do IPQ-R (Broadbent et al., 2006).

Sua validação foi realizada com sete grupos de pacientes que sofriam das seguintes doenças: infarto do miocárdio, doença renal, diabetes tipo 2, asma, enfermidades menores (alergia, resfriado e cefaléia) e com dor no peito com indicação para a realização de teste ergométrico. Para análise da confiabilidade teste-reteste foram investigados pacientes ambulatoriais com doença renal. Eles responderam ao *Brief IPQ* e foram divididos em dois grupos, sendo novamente avaliados após três ou seis semanas. Para análise dos dados foi utilizado o coeficiente de correlação de Pearson, que indicou que os itens possuem boa confiabilidade teste-reteste, variando de 0,48 a 0,70 após três semanas e de 0,42 a 0,75 após seis semanas. A validade discriminante foi sustentada pela habilidade do instrumento para distinguir entre diferentes grupos de doenças. Para tanto, foram

comparados os escores médios de pessoas com diabetes, asma, resfriado, pacientes que sofreram infarto do miocárdio antes de sua alta hospitalar e pacientes com dor no peito à espera do teste ergométrico. Foi realizada uma ANOVA *one-way* com comparações *post hoc* (*Sheffe*) que mostrou diferenças significativas entre as médias de doenças crônicas e agudas, indicando que o *Brief IPQ* é sensível a variações na amostra e, assim, pode ser utilizado na investigação de percepção de doenças em pessoas com diferentes agravos de saúde. Para investigar a validade preditiva, foram avaliados pacientes que tiveram infarto do miocárdio após três meses. Com base na análise multivariada de variância, os autores afirmaram que componentes de representação da doença (como a presença de preocupação) funcionaram como preditores de comportamentos, como um retorno mais lento ao trabalho em pacientes que tiveram infarto do miocárdio, por exemplo. Assim, os autores do instrumento concluíram que o *Brief IPQ* é uma medida válida e fidedigna para avaliar a percepção de doenças, além de ser aplicável a uma grande variedade de enfermidades (Broadbent et al., 2006).

O instrumento possui ainda a vantagem de ser de rápida e prática aplicação, pois seu preenchimento não se torna uma tarefa penosa e cansativa, favorecendo especialmente pessoas muito doentes e idosos. Além disso, estudos revelaram que os pacientes a consideraram uma medida fácil de compreender e completar. Outra vantagem da escala breve é que os resultados podem ser prontamente interpretados pelos pesquisadores e clínicos que fazem uso da mesma (Broadbent et al., 2006). Tais vantagens fizeram com que houvesse um grande interesse de pesquisadores na utilização deste instrumento. Encontram-se disponíveis versões traduzidas para 23 idiomas (<http://www.uib.no/ipq>), como: inglês, chinês, holandês, português (versão portuguesa), grego, espanhol, persa, japonês, italiano, russo, alemão, samoano e hebraico. A escala breve, no entanto, não possui versões específicas. Mas há estudos realizados com indivíduos em condições de saúde diversas e com diferentes objetivos, o que remete à abrangência do *Brief IPQ*. Um estudo na Nova Zelândia buscou identificar a relação entre adesão à medicação e percepção de doenças em indivíduos com gota (Dalbeth et al., 2009). Já na Austrália foi pesquisada a relação entre não-adesão intencional e não-intencional e a associação entre comportamento de adesão e a percepção de doenças em portadores de glaucoma (Rees, Leong, Crowston & Lamoureux, 2010). Outra pesquisa realizada na Nova Zelândia investigou se uma intervenção psicológica breve em pacientes que sofreram infarto do miocárdio e em seus cônjuges poderia mudar a percepção de doença dos mesmos e sua ansiedade em relação à doença (Broadbent, Ellis, Thomas, Gamble & Petrie, 2009). Já um estudo realizado na Holanda, investigou a percepção de doença de indivíduos com lesão por esforços repetitivos que estavam trabalhando e que não estavam trabalhando (Sluiter & Frings-Dresen, 2008). Uma investigação realizada na Croácia verificou a percepção de doença de pacientes com melanoma maligno e verificou suas correlações com qualidade de vida e estado emocional (Živković, Buljan, Blajić & Šitum, 2008). Assim, constata-se que estudos utilizando o *Brief IPQ* estão sendo desenvolvidos em âmbito mundial e já revelaram resultados de grande

utilidade para a prática dos profissionais de saúde, que, por sua vez, vem estimulando discussões e reflexões, bem como direcionando novas investigações.

1.4.4 Avaliação qualitativa da percepção de doença.

Ressalta-se que métodos qualitativos também são utilizados para investigar a percepção de doenças. Estudiosos defendem que entrevistas semiestruturadas podem ser de grande utilidade na obtenção de dados sobre crenças em saúde, devido à sua flexibilidade (Sumathipala et al., 2008). Além disso, podem ser uma alternativa viável para se investigar a percepção de doenças, especialmente quando estão disponíveis apenas instrumentos traduzidos, que não passaram por um processo de adaptação cultural e validação; nesses casos, sua utilização não é recomendada, já que podem comprometer os resultados de investigações devido a barreiras linguísticas e culturais. Cabe ressaltar que a escolha do método depende do perfil do pesquisador, que deve levar em consideração os objetivos da pesquisa e a população a ser estudada.

1.5 Doenças Crônicas e Percepção de Doenças

Na última década houve um incremento no número de estudos sobre percepção de doenças, especialmente com foco em doenças crônicas. Este fato pode ser atribuído ao aumento da popularidade do Modelo de Autorregulação de Leventhal e devido à disponibilização de instrumentos de avaliação com boas propriedades psicométricas (Petrie & Weinman, 2006). Assim, serão apresentados resultados de estudos que partiram da proposta de investigar a percepção de doenças de pessoas que possuíam enfermidades crônicas, com maior enfoque aos agravos que foram alvos de investigação neste estudo: HIV/aids, diabetes, hipertensão arterial, psoríase e asma.

1.5.1 Percepção de doença e HIV/aids.

A Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (aids) foi reconhecida em meados de 1981, nos Estados Unidos. Seu agente etiológico foi identificado em 1983, um retrovírus denominado vírus da imunodeficiência humana (HIV) (Lima, Wunsch, Gutierrez & Leite, 1996; Ministério da Saúde, 2005). A aids é uma doença crônica caracterizada por uma grave disfunção do sistema imunológico da pessoa infectada pelo HIV (Ministério da Saúde, 2004a). Após a disponibilização da terapia antirretroviral (TARV), a infecção pelo HIV passou a ser considerada uma doença crônica. Todavia, para que pacientes se beneficiem dos efeitos da TARV eles necessitam ter adesão igual ou superior a 95% das doses prescritas (Alencar, Nemes & Velloso, 2008; Ministério da Saúde, 2008). Assim, a adesão ao tratamento constitui um desafio para os profissionais de saúde envolvidos na assistência dessa população (Ministério da Saúde, 2005; Remor, Milner-Moskovics & Preussler, 2007). Desta forma, esses profissionais devem estar atentos a possíveis crenças disfuncionais expressas por meio de uma percepção de doença distorcida, que pode resultar em

comportamentos de adesão ao tratamento insatisfatórios e ao desenvolvimento de estratégias de enfrentamento não-adaptativas.

Assim, estudos foram desenvolvidos com o intuito de compreender melhor a percepção de doenças de pessoas que vivem com HIV/aids. Uma dessas investigações destacou o papel da percepção de doenças no autocuidado, saúde e qualidade de vida de pessoas soropositivas. Os pesquisadores constataram que a representação cognitiva do HIV estava associada ao gerenciamento da doença. Por exemplo, a percepção que pouco pode ser feito para controlar o HIV foi significativamente associada com sentimentos de medo, menos atividades efetivas de autocuidado e prejuízos na qualidade de vida com indicativos de um funcionamento de saúde precário. Assim, concluiu-se que o conceito de representação de doença fornece uma ferramenta útil para a compreensão do gerenciamento das condições associadas ao HIV e pode auxiliar no direcionamento de intervenções eficazes (Reynolds et al., 2009).

Outra investigação avaliou as crenças sobre as causas e o significado de ter HIV, bem como as crenças pessoais sobre a adesão à medicação em pessoas que viviam na zona rural do sudeste da Carolina do Norte. A maioria dos participantes tinha crenças de que o HIV era uma doença grave e crônica e que poderia ser controlada por tratamento. Os participantes apresentaram opiniões divergentes sobre se o curso da doença era passível de controle pessoal. As pessoas que manifestaram a crença de que a causa do HIV/aids foi devido ao acaso/azar ou por vontade de Deus também foram mais propensas a acreditar que a progressão da doença dependia do acaso ou do destino (Kempainen, Kim-Godwin, Reynolds & Spencer, 2008).

1.5.2 Percepção de doenças e diabetes.

O diabetes é uma doença crônica metabólica decorrente da ausência ou da produção insuficiente de insulina. A insulina é um hormônio liberado pelo pâncreas com a função de facilitar a entrada dos açúcares nas células que se transformam em energia, e para regular os níveis de glicose no sangue (Filipe, 2008). Em curto prazo, um controle glicêmico pobre constitui uma ameaça à vida e a longo prazo pode estar associada a uma série de complicações graves como problemas de visão, nos rins e no sistema nervoso. Existem dois tipos de diabetes: o Tipo 1 no qual o pâncreas é incapaz de produzir insulina, que geralmente tem início na infância; e o diabetes Tipo 2, no qual o organismo produz insulina, mas não o suficiente para um adequado controle glicêmico. O diabetes Tipo 2 geralmente tem um início mais tardio e está frequentemente associado com estilos de vida pouco saudáveis e obesidade (Sage, Sowden, Chorlton & Edeleanu, 2008; Sousa, 2003). Trata-se de uma doença que exige altos níveis de gerenciamento, sendo que dificuldades emocionais podem prejudicar a capacidade do indivíduo de obtê-los, sugerindo a importância do desenvolvimento de uma percepção de doença mais adaptativa que auxilie na promoção de bem-

estar psicológico e favoreça o manejo da enfermidade, o que tem sido foco de investigação de pesquisadores (Griva, Myers & Newman, 2000; Sousa, 2003).

Sousa (2003) realizou um estudo em Portugal com 133 pacientes com diabetes Tipo 2 no qual investigou a relação entre fatores psicossociais e adesão ao tratamento, sendo uma das variáveis preditoras investigadas a representação da doença por meio do IPQ-R. Uma das hipóteses do estudo era que crenças a respeito da duração do diabetes, da percepção de controle pessoal e de controle do tratamento, bem como sobre a gravidade da doença, se associariam a maiores níveis de adesão ao regime terapêutico. A autora da pesquisa também acreditava que representações de doença mais negativas, assim como uma menor compreensão da doença, se relacionariam a níveis mais baixos de adesão. Algumas das associações previstas pela pesquisadora foram verificadas: uma pobre compreensão da doença esteve associada com menor adesão à prática de atividade física; maior percepção da variabilidade de sintomas associou-se com uma maior monitorização da glicose; e a percepção do diabetes como uma doença crônica associou-se a maiores cuidados em relação à dieta alimentar. Todavia, contrariamente ao que era esperado, uma maior percepção de controle pessoal associou-se a menores índices de adesão às recomendações em relação à dieta alimentar e menor adesão à medicação. Valores mais elevados de hemoglobina glicosilada (indicador que sugere controle precário da glicemia) foram relacionados com a percepção de maior cronicidade da doença e com a expectativa de piores consequências da enfermidade. Ressalta-se que as mulheres participantes do estudo apresentaram uma percepção caracterizada por piores consequências da doença, associando-lhe uma carga emocional mais negativa (Sousa, 2003).

Um outro estudo investigou o papel da autoeficácia e da percepção de doença na adesão ao tratamento e no controle metabólico em jovens dependentes de insulina. Participaram da investigação 64 pacientes que completaram medidas de representação de doença, de autoeficácia, além de autorrelatos que avaliaram a adesão e o controle metabólico. Os componentes da percepção de doença identidade, consequências e controle foram significativamente correlacionados com expectativas de autoeficácia. Crenças de controle foram consistentemente associadas com o relato de adesão em todos os aspectos do tratamento. A análise de regressão múltipla revelou que 30,8% da variância nos testes de controle glicêmico foram explicados pela autoeficácia e pelos componentes identidade e consequências. Os autores concluíram que crenças sobre a doença podem ser preditoras de comportamentos de autogenciamento do diabetes e, portanto, poderiam ser alvo em avaliações clínicas de rotina e em futuras intervenções (Griva et al., 2007).

1.5.3 Percepção de doença e hipertensão arterial.

A hipertensão arterial é uma doença cardiovascular crônica que constitui um problema de saúde pública no Brasil e no mundo. É o principal fator de risco para acidente vascular cerebral,

infarto agudo do miocárdio e doença renal crônica terminal. Por se tratar de uma doença na qual as pessoas permanecem assintomáticas durante a maior parte do seu curso, o diagnóstico e tratamento são muitas vezes negligenciados. Assim, é comum que pessoas hipertensas tenham dificuldades de adesão ao tratamento. Além disso, são necessárias muitas mudanças no estilo de vida tais como: alimentação adequada, com redução do consumo de sal; controle do peso; prática de atividade física; eliminação ou redução do tabagismo e do uso excessivo de álcool. Os profissionais de saúde são de grande importância no desenvolvimento de estratégias para o controle da hipertensão, seja na definição do diagnóstico clínico e da terapêutica, bem como para informar e educar o paciente hipertenso, auxiliando-o a alcançar mudanças comportamentais em relação a hábitos e estilos de vida (Ministério da Saúde, 2006). Neste contexto, estudos têm demonstrado que a percepção de doença pode prever comportamentos de adesão ao tratamento, sugerindo a sua importância para os serviços de saúde que realizam o atendimento dessa população (Chen, Tsai & Lee, 2009; Ross, Walker & Macleod, 2004).

Um estudo objetivou descrever as crenças de pacientes com hipertensão arterial sobre a sua doença e a medicação com base no Modelo de Autorregulação de Leventhal e investigar se essas crenças influenciavam a adesão ao tratamento anti-hipertensivo. Participaram do estudo 514 pacientes que recebiam cuidados em nível secundário de saúde no Reino Unido. Os resultados revelaram que os pacientes que acreditavam na necessidade da medicação eram mais prováveis de apresentarem um comportamento de adesão satisfatório. Outros fatores preditivos de melhor adesão ao tratamento nesta população foram: idade (pessoas mais velhas), sexo (mulheres), menor resposta emocional à doença e crenças na habilidade pessoal de controlar a enfermidade. Os autores concluíram que o Modelo de Autorregulação de Leventhal é útil para a avaliação de crenças sobre a doença. Além disso, observaram que crenças sobre medicamentos específicos e sobre a hipertensão são preditores de adesão ao tratamento. Assim, os autores concluíram que crenças sobre a doença devem ser alvo de intervenções para melhorar a adesão (Ross et al., 2004).

Partindo de uma proposta semelhante, Chen et al. (2009) realizaram uma investigação conduzida em Taiwan que examinou o efeito preditivo da percepção de doença sobre a adesão ao regime terapêutico em pacientes com hipertensão arterial. Amostras de conveniência compostas de 227 pessoas foram investigadas em clínicas cardiovasculares de dois hospitais-escola no centro de Taiwan. Um dos instrumentos utilizados no estudo foi o IPQ-R. Uma regressão logística hierárquica revelou que crenças no controle do tratamento, percepção de causa da doença devido a fatores de risco (como tabagismo, história familiar de hipertensão, dieta alimentar inadequada etc.) e, em contrapartida, menos atribuições psicológicas causais, funcionaram como preditores de adesão. Os pesquisadores concluíram que o Modelo de Autorregulação de Leventhal fornece uma estrutura útil para compreender e explicar a adesão aos regimes medicamentosos em pessoas com hipertensão. Além disso, os autores do estudo ressaltaram que a compreensão dos pontos de vista

dos pacientes sobre a hipertensão permite aos profissionais de saúde prestar cuidados eficazes para uma melhor adesão aos regimes terapêuticos.

1.5.4 Percepção de doença e psoríase.

A psoríase é uma doença dermatológica com evolução crônica e de etiologia desconhecida, que possui fatores genéticos, endógenos e ambientais relacionados ao seu surgimento ou piora. Como ocorre em outras doenças dermatológicas, componentes emocionais (como ansiedade, estresse e depressão) cumprem um papel importante em relação à etiologia, agravamento e recidivas da doença. Ressalta-se, ainda, que nessa população a própria aparência da pele pode constituir um fator estressante, que pode levar ao rebaixamento da autoestima e ao isolamento social (Gonçalves, 2011; Silva & Silva, 2007). Assim, em decorrência das repercussões emocionais e sociais da doença na vida dos indivíduos acometidos, a associação entre psoríase e aspectos psicológicos tem sido investigada.

Um estudo realizado no Reino Unido com pacientes que tinham diagnóstico de psoríase investigou as crenças dos pacientes sobre a doença e examinou a relação entre essas crenças e a gravidade clínica, sintomas informados e outras variáveis demográficas e clínicas. Participaram da pesquisa 162 pessoas com psoríase que responderam ao IPQ. Os resultados revelaram que essas pessoas faziam atribuições causais ao estresse (60,1%) e a fatores genéticos (55,5%). Os dados revelaram que 46% dos participantes do estudo acreditavam que seu comportamento de adesão às recomendações médicas poderia melhorar ou piorar a psoríase, enquanto 32% relataram que o tratamento poderia curá-la. Sintomas como descamação e prurido foram experienciados “frequentemente” ou “todo o tempo” por 80% e 76%, respectivamente. Os autores concluíram que a gravidade da psoríase não estava associada com as crenças dos pacientes sobre a doença (Fortune, Richards, Main & Griffiths, 1998).

Um outro estudo objetivou investigar o padrão cognitivo de pessoas com essa enfermidade e explorar sua relação com preocupações patológicas (preocupações exageradas de cunho emocional) e com a severidade clínica e a localização anatômica da psoríase. Foram avaliados 140 pacientes em uma clínica especializada no tratamento da psoríase em Manchester, onde os pacientes passaram por um exame médico no qual a severidade da doença e o histórico médico foram investigados. Entre os instrumentos utilizados no estudo, destaca-se o IPQ para avaliar a representação da doença. A gravidade clínica da psoríase não esteve associada com a percepção de doença nem com preocupações patológicas. A análise de regressão logística indicou que preocupações patológicas estavam associadas com crenças de que a psoríase acarretava sérias consequências, além de crenças em uma causa emocional para o surgimento da doença. As mulheres que participaram do estudo tinham mais preocupações patológicas. Os autores concluíram que pacientes com psoríase preocupavam-se mais com as avaliações sociais e pessoais relacionadas

à doença do que propriamente com a fisiopatologia ou com o curso da mesma (Fortune, Richards, Main & Griffiths, 2000).

1.5.5 Percepção de doença e asma.

Straub (2005) define a asma como “uma doença pulmonar crônica e não-infecciosa caracterizada por uma hipersensibilidade e responsividade da traquéia e dos brônquios a algum tipo de agente que cause estreitamento das vias aéreas” (p. 99). A asma pode ser desenvolvida em qualquer idade, porém é mais comum que seja iniciada durante a infância. O número de pessoas diagnosticadas com asma cresceu alarmantemente nas últimas décadas e, com o intuito de compreender as causas para o aumento na incidência da doença, pesquisas têm se concentrado nos domínios biológico, psicológico e social (Straub, 2005). No domínio psicológico, investigações sobre a percepção de doença tem sido realizadas e apontam sua importância para a melhor compreensão das cognições que medeiam comportamentos de adesão e relacionadas às mudanças ou manutenção de ambientes físicos, que podem ser determinantes na precipitação de crises.

Um estudo de revisão sistemática de literatura realizado nas bases de dados PubMed, PsycINFO e EMBASE examinou pesquisas empíricas sobre a percepção de doença de pessoas com asma. Foram selecionados estudos que ilustravam: categorias de pacientes por idade (crianças, adolescentes e seus pais e adultos); e vários métodos de avaliação das percepções de doenças (como questionários e entrevistas). Foram encontrados nove estudos, sendo que seis deles se embasaram no Modelo de Autorregulação de Leventhal. O tema mais abordado referiu-se à associação entre percepção de doença e adesão ao tratamento. Em todos os estudos a percepção de doença esteve fortemente associada com adesão. Os pacientes que relataram baixa percepção de controle, que acreditavam que sua doença era episódica (dimensão temporal) e que percebiam a doença como tendo poucas consequências adversas foram menos aderentes. Os autores do estudo concluíram que há sustentação empírica no sentido de que a percepção de doença e do tratamento são importantes determinantes dos resultados em pacientes com asma (Kaptein et al., 2008).

Um dos estudos citados na revisão de literatura de Kaptein et al. (2008) foi realizado no Reino Unido e investigou se representações cognitivas e emocionais de pessoas com asma tinham associação com adesão à medicação preventiva inalada. Participaram do estudo 330 pessoas que completaram o questionário para avaliar suas representações cognitivas e emocionais e sua adesão à medicação prescrita. Análises de regressão múltipla revelaram que os componentes do Modelo de Autorregulação de Leventhal foram preditores da adesão atual, bem como da intenção futura em aderir. Idade, duração da asma, sexo e componentes do Modelo de Autorregulação de Leventhal foram capazes de prever 28,7% da variância em relação à adesão atual e 16,6% da intenção de aderir. Assim, indivíduos mais velhos, pessoas do sexo feminino, as que tinham segurança sobre o diagnóstico de asma, que revelaram crenças sobre causas externas (como atribuições feitas ao ambiente físico doméstico ou de trabalho) e que acreditavam que a sua doença poderia ser curada

ou controlada foram significativamente mais propensas a aderir ao tratamento. A idade, crenças sobre cura-controle e sobre a duração da asma foram preditores da intenção em aderir. Os autores concluíram que pesquisas futuras são necessárias para testar sistematicamente o Modelo de Autorregulação de Leventhal. Tais pesquisas poderiam se beneficiar da inclusão de meios inovadores para avaliar a representação emocional e poderiam incluir crenças sobre o tratamento (Jessop & Rutter, 2003).

1.5.6 Outras investigações sobre percepção de doenças de pessoas com enfermidades crônicas.

Um estudo realizado na Holanda, utilizando o IPQ-R, investigou o papel da percepção de doença em indivíduos cronicamente enfermos em relação à participação laboral (Boot, Heimans, Gulden & Rijken, 2008). Participaram 189 pacientes totalmente incapacitados para o trabalho e 363 que estavam empregados, sendo estes portadores de diversas doenças crônicas, como asma, doença pulmonar obstrutiva crônica, diabetes mellitus e doenças musculoesqueléticas. Os resultados revelaram que a incapacidade para o trabalho esteve significativamente associada com a percepção de que a doença era mais grave. Pacientes cronicamente doentes que estavam trabalhando possuíam uma percepção de doença mais positiva e acreditavam com menor frequência que sua doença tinha sido causada por fatores psicológicos. Entretanto, os autores deste estudo ressaltaram que não era possível afirmar se crenças negativas sobre a doença são antecedentes à incapacidade para o trabalho ou são causadas, ou agravadas, pela própria incapacidade. Os autores sugeriram que fosse investigado se crenças negativas sobre a doença podem ser modificadas por intervenções, e se mudanças nas crenças sobre as doenças contribuem para a prevenção ou redução da incapacidade para o trabalho.

Em outro estudo buscou-se identificar a relação entre estratégias de enfrentamento e a percepção de doença em pais de crianças com doenças crônicas. Foi realizado no Brasil (região metropolitana de Porto Alegre) por Colleto e Câmara (2009) com 40 pais, sendo feita uma adaptação do IPQ-R para cuidadores de crianças com doenças crônicas. Os resultados demonstraram que os cuidadores percebiam o tratamento como uma forma de controle positivo frente à doença da criança; foi verificado também que havia clareza em relação às características e repercussões futuras da doença. Já em relação à representação emocional, observou-se uma percepção mais negativa da enfermidade. Constataram também que a percepção de maiores consequências negativas da doença associou-se a uma maior utilização de estratégias de enfrentamento de fuga e esquiva. Entretanto, os cuidadores que percebiam a doença com maior clareza em termos de sintomas (compreensão), apresentaram menor utilização da estratégia de fuga e esquiva. Também foi observado que um maior controle pessoal percebido associava-se a uma maior utilização de estratégias de afastamento. Assim, os resultados do estudo indicaram que estratégias ativas, focalizadas no problema, contribuíram para uma percepção de doença mais

adaptativa. Como limitações do estudo foram referidas o número reduzido de participantes e de processos intervenientes durante o preenchimento dos instrumentos. As autoras sugeriram a realização de estudos qualitativos junto a essa população, de maneira que informações sobre suas representações e estratégias de enfrentamento fossem aprofundadas. Estudos com cuidadores do sexo masculino também foram sugeridos, considerando que existe um número reduzido de publicações que investigaram este grupo. Além disso, foi apontada a importância de uma maior atenção dos serviços de saúde, proporcionando espaços de convivência e de trocas entre essas pessoas, com o propósito de promover a saúde mental das mesmas.

Já um estudo australiano foi realizado em pacientes com glaucoma, fazendo uso de colírio (Rees et al., 2010). O objetivo do estudo foi determinar o índice de não-adesão intencional e não-intencional em pacientes com glaucoma e identificar associações entre o comportamento de adesão e as crenças dos pacientes. Um dos instrumentos utilizados foi o *Brief IPQ*. A não-adesão intencional correlacionou-se significativamente com a coerência (compreensão) da doença e a dimensão temporal. Tal fato sugere que a não-adesão intencional foi associada com uma menor compreensão da doença e menos crenças sobre a natureza de longo prazo da condição. A não-adesão intencional também esteve associada com a subescala consequências, sugerindo que pessoas que apresentaram não-adesão intencional acreditavam que a doença não acarretaria consequências graves. Rees et al. (2010), autores desse estudo, concluíram que crenças sobre o uso do colírio influenciaram a adesão ao tratamento. Eles ressaltaram ainda a necessidade da implementação de estratégias para a promoção da adesão em pacientes com glaucoma que apresentavam não-adesão intencional ou não-intencional.

Ao contrário, estudiosos da Nova Zelândia (Dalbeth et al., 2009) não encontraram relação entre adesão à medicação e percepção de doenças, porém os achados parecem incoerentes. O objetivo do estudo foi investigar a percepção de doenças em pacientes com gota. Participaram 105 pacientes diagnosticados com gota há menos de dez anos, sendo utilizado o *Brief IPQ*. Os pacientes percebiam a gota como uma condição crônica, responsiva ao tratamento, mas não fortemente influenciada por ações pessoais. No entanto, de maneira intrigante, muitos pacientes acreditavam que ela foi causada por dieta ou uso de álcool e a maioria defendia que possuía boa compreensão da sua doença. De uma maneira geral, a condição foi percebida como acarretando um moderado impacto sobre suas vidas. A percepção negativa da enfermidade foi associada com um pobre controle e incapacidade para o trabalho em pacientes com gota. Esses achados sugerem a importância de outros estudos que investiguem a associação entre adesão ao tratamento e percepção de doenças. Ademais, acredita-se na importância de programas psicoeducacionais que auxiliem os pacientes com gota a desenvolver um novo repertório cognitivo e comportamental, favorecendo a construção de crenças mais realistas em relação à enfermidade.

Os estudos apresentados constituem apenas uma amostra das contribuições e avanços na compreensão da percepção de doenças. Também ilustram a amplitude do campo de investigação

desse construto, ressaltando que, para tanto, podem ser utilizados métodos quantitativos e qualitativos. No entanto, observa-se que o IPQ-R e o *Brief* IPQ, especialmente, constituem excelentes opções para investigar percepções de doenças e estão sendo comumente usados em combinação com outros instrumentos em função da sua praticidade. Daí a relevância de pesquisas que objetivam adaptar e validar instrumentos dessa natureza, conforme destacado no próximo capítulo.

Capítulo 2. Objetivos

A percepção dos pacientes sobre a sua condição é solicitada raramente em entrevistas médicas, apesar da sua importância, e os pacientes tendem a não expressar espontaneamente suas crenças aos médicos e profissionais de saúde, não permitindo que os mesmos atuem no sentido de auxiliar essas pessoas a desenvolverem uma percepção mais realista e funcional da enfermidade (Petrie & Weinman, 2006). Instrumentos, como o *Brief IPQ*, podem ser de grande utilidade para que profissionais de saúde, especialmente psicólogos, possam identificar rapidamente cognições disfuncionais dos pacientes sobre a sua doença e auxiliá-los na sua reestruturação. No Brasil, são inexistentes os instrumentos validados com os mesmos objetivos e vantagens do *Brief IPQ*. Devido a isso, acredita-se na relevância para a psicologia da saúde de estudos que disponibilizem instrumentos validados para a prática clínica e de pesquisa, favorecendo a ampliação de conhecimentos sobre os aspectos cognitivos e emocionais de doenças, possibilitando, conseqüentemente, intervenções psicológicas mais efetivas, especialmente cognitivo-comportamentais e psicoeducacionais.

2.1 Questões de Pesquisa

As seguintes questões foram norteadoras deste estudo:

- A estrutura fatorial do *Brief IPQ* em língua portuguesa (português do Brasil) é correspondente ao instrumento original em língua inglesa?
- Quantos fatores formam a estrutura fatorial do *Brief IPQ* nessa versão?
- Qual a consistência interna de tais fatores?
- A versão brasileira do *Brief IPQ* possui um bom ajuste?
- A validade discriminante foi sustentada na versão traduzida e adaptada para a cultura brasileira?
- A percepção de doença varia em conformidade com características sociodemográficas e médico-clínicas?
- O *Brief IPQ* é um instrumento útil para a prática e para a pesquisa de profissionais de saúde?

2.2 Objetivo Geral

Este estudo teve como objetivo adaptar e validar o *Brief Illness Perception Questionnaire* (*Brief IPQ*) para a cultura¹ brasileira.

¹ Nota. O termo “cultura” foi empregado nesse estudo de maneira restrita, referindo-se especialmente a aspectos linguísticos da cultura brasileira.

2.3 Objetivos Específicos

- Traduzir o *Brief IPQ* para a língua portuguesa (português do Brasil), com base nos procedimentos de análise semântica e tradução reversa;
- Identificar as propriedades psicométricas do mesmo por meio da análise dos componentes principais (ACP) e da análise fatorial confirmatória (AFC);
- Relacionar variáveis sociodemográficas e médico-clínicas com os escores do *Brief IPQ*;
- Comparar os escores do *Brief IPQ* entre os diferentes grupos estudados (validade discriminante).

Capítulo 3. Método

3.1 Delineamento do Estudo

O presente estudo teve delineamento transversal. Ressalta-se que nos estudos transversais os dados são coletados em um único momento. Uma outra característica desse estudo refere-se ao enfoque predominantemente quantitativo. Assim, a coleta e a análise dos dados foram realizadas com o intuito de responder às questões de pesquisa com base na medição numérica e na análise estatística descritiva e inferencial (Sampiere, Collado & Lucio, 2006).

3.2 Participantes

Participaram do estudo 325 pacientes, divididos em cinco grupos segundo o diagnóstico, compostos de 65 indivíduos em cada um deles, com enfermidades diversas: HIV/aids, diabetes, hipertensão arterial, psoríase e asma. Na seleção por conveniência dos participantes não foi feita distinção de sexo, raça, situação conjugal, condição socioeconômica e tempo de doença. Como critério de inclusão, no entanto, os participantes deveriam ter mais de 18 anos e ter cursado no mínimo a 4ª série do ensino fundamental, tendo em vista a autoadministração do *Brief IPQ*. Foram excluídos do estudo os pacientes que não consentiram em participar, bem como indivíduos com retardo mental ou outra limitação cognitiva que impossibilitasse o adequado preenchimento do instrumento.

Ressalta-se que a escolha das doenças crônicas investigadas baseou-se no interesse em compreender as diferenças entre a percepção de doença de indivíduos com enfermidades com características distintas e devido a questões de ordem prática, como número de pacientes atendidos e a frequência de ambulatórios no local escolhido para a coleta de dados. A caracterização sociodemográfica e médico-clínica dos participantes está descrita na seção Resultados.

3.3 Local e Período de Coleta de Dados

O estudo foi desenvolvido em um hospital da rede pública de saúde do Distrito Federal, que oferece atendimento aos agravos focalizados no presente estudo. A coleta dados foi realizada entre março e outubro de 2011.

3.4 Instrumentos

3.4.1 Instrumentos utilizados no processo de adaptação cultural do *Brief IPQ*.

- Questionário sociodemográfico (Anexo A). Elaborado para o estudo, com questões para a caracterização da amostra, mediante a coleta das seguintes informações: sexo, idade, situação conjugal, escolaridade, situação laboral, renda familiar e religião;
- Questionário médico-clínico (Anexo B). Elaborado para o estudo, composto por questões sobre: tempo de diagnóstico, número de internações, data da última internação, presença de

comorbidades, terapêutica em curso, adesão ao tratamento e avaliação do estado geral de saúde no momento da investigação.

- *Brief Illness Perception Questionnaire (Brief IPQ)* (Anexo C). Instrumento traduzido do idioma inglês (britânico) para o português, composto por nove itens, sendo oito deles desenvolvidos a partir do resumo dos itens do IPQ-R. O nono item é referente à escala causal, já anteriormente utilizada no IPQ-R. Todos os itens, exceto a questão causal (9) são respondidos utilizando uma escala de 0-10. São cinco itens de avaliação das representações cognitivas da doença: consequências (item 1), dimensão temporal (item 2); controle individual (item 3), controle do tratamento (item 4), e identidade (item 5). Dois itens avaliam a representação emocional: preocupação (item 6) e emoções (item 8). Um item avalia a compreensão da doença (item 7). Por fim, a avaliação da representação causal é feita por uma pergunta final onde os pacientes são interrogados sobre os fatores causais mais importantes associados à sua doença. As respostas relacionadas a este último item podem ser agrupadas em categorias, tais como: estilo de vida, estresse, hereditariedade etc. A percepção de doença é avaliada por meio de uma escala linear. Para computar os escores, inverte-se as respostas dos itens 3, 4 e 7, e adiciona-se os dos itens 1, 2, 5, 6 e 8. Escores elevados indicam uma maior percepção de ameaça da doença (Broadbent et al., 2006).
- Entrevista para avaliação do *Brief IPQ* (versão para pacientes) (Anexo D). Entrevista semiestruturada desenvolvida para avaliar as opiniões e sugestões dos pacientes sobre o *Brief IPQ* após sua autoadministração, durante o estudo piloto. A entrevista foi composta por cinco questões que avaliaram: tempo para preencher o instrumento; dificuldades para preencher o questionário; questões que o paciente teve dificuldades para compreender; palavra(s) que o participante teve dificuldade(s) para compreender; comentários sobre o questionário.
- Entrevista para avaliação do *Brief IPQ* (versão para profissionais) (Anexo E). Entrevista semiestruturada desenvolvida para avaliar as opiniões e sugestões dos profissionais especialistas em saúde sobre o *Brief IPQ* durante o estudo piloto. A entrevista foi composta por cinco questões que avaliaram: opinião sobre o questionário, apontando vantagens e desvantagens; opinião sobre possíveis dificuldades que os pacientes terão para preencher o instrumento; questões que o profissional acredita que os pacientes terão dificuldades para compreender; palavra(s) que o profissional acredita que os pacientes terão dificuldade(s) para compreender; comentários sobre o questionário.

3.4.2 Instrumentos utilizados no processo de validação do *Brief IPQ*.

- Questionário sociodemográfico (Anexo A). Foi utilizada a mesma versão descrita na subseção anterior.
- Questionário médico-clínico (Anexo B). Foi utilizada a mesma versão descrita na subseção anterior.

- *Brief Illness Perception Questionnaire (Brief IPQ)* (Anexo F). Versão traduzida e adaptada para a cultura brasileira do *Brief IPQ*. Preservou-se o número de itens e a forma de análise dos escores do instrumento. As alterações realizadas no processo de tradução e adaptação encontram-se descritas na seção Resultados.

3.5 Procedimentos

3.5.1 Tradução e adaptação cultural do *Brief IPQ*.

Foi solicitada à autora principal do *Brief IPQ* (Elizabeth Broadbent), via *e-mail*, a autorização para a tradução para o português e adaptação do instrumento para a cultura brasileira (Anexo G). Após o consentimento, foi efetuada a tradução do *Brief IPQ* para o português, linguística e conceitualmente equivalente à versão em inglês, realizada pelos pesquisadores envolvidos no estudo. Essa versão foi comparada com a tradução para o português realizada por um tradutor especialista na área da saúde, sendo as incompatibilidades consideradas. Em seguida, um outro especialista com as mesmas qualificações verificou a compatibilidade entre a versão definida em português e a original em inglês. Os tradutores avaliaram o grau de dificuldade para a realização da tradução inglês - português (de acordo com uma escala: “muita dificuldade” ou “nenhuma dificuldade”), bem como a equivalência das traduções (de acordo com a escala: “nada equivalente” ou “exatamente equivalente”) e a qualidade do trabalho. Também foi solicitado, em salas de espera ambulatoriais de um hospital universitário de rede pública do DF, a dez pacientes com níveis de escolaridade diversos e que tinham diferentes doenças crônicas (HIV/aids, diabetes, dor crônica e asma) e a profissionais de saúde contatados na mesma instituição (um médico, uma enfermeira e uma assistente social) que identificassem possíveis dificuldades de compreensão durante a aplicação do instrumento em usuários de serviços de saúde, consistindo uma avaliação da equivalência conceitual da tradução. Para tanto, os pacientes e os profissionais responderam a uma entrevista, na qual manifestaram sua opinião sobre o *Brief IPQ*. Ressalta-se que os participantes que concordaram em participar dessa etapa do estudo assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Posteriormente, a versão definitiva em português foi traduzida para o inglês, por dois tradutores independentes para uma análise e comparação da versão traduzida com a versão original em inglês, processo denominado *back-translation* ou retrotradução. Esse processo garante uma tradução mais precisa e confiável do instrumento (Duarte, Miyazaki, Ciconelli & Sesso, 2003; Giusti & Befi-Lopes, 2008).

3.5.2 Validação do *Brief IPQ*.

Após a tradução e adaptação é fundamental obter evidências da validade do instrumento para o novo contexto cultural (Giusti & Befi-Lopes, 2008; Sampieri et al., 2006). Para este fim, inicialmente a pesquisadora entrou em contato com os profissionais responsáveis pelo funcionamento dos ambulatórios que atendiam aos agravos de interesse de investigação para

verificação do número de pacientes atendidos e para pedido de autorização para a coleta de dados nos horários de realização dos ambulatórios.

Após definição da amostra a ser estudada, partiu-se para a coleta de dados para fins de validação do instrumento. Na coleta de dados, houve a participação de auxiliares de pesquisa, alunas de graduação do curso de psicologia da Universidade de Brasília. As auxiliares de pesquisa receberam treinamento antes de iniciarem as atividades de coleta de dados, com o intuito de padronizar a abordagem e evitar vieses na pesquisa.

Os participantes foram convidados a participar do estudo em salas de espera ambulatoriais, constituindo, desta forma, uma amostra de conveniência. Aqueles que consentiram em participar do estudo assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Anexo H).

Posteriormente, para análise das propriedades psicométricas do *Brief* IPQ foi solicitado que 325 pacientes respondessem ao questionário, sendo 65 participantes de cada grupo de doenças (HIV/aids, diabetes, hipertensão arterial, psoríase e asma). Os pacientes também responderam ao questionário sociodemográfico e médico-clínico, sendo esses dados coletados mediante entrevista.

Os participantes receberam orientações para o preenchimento do *Brief* IPQ, que foi autoadministrado, salvo em casos em que os participantes solicitaram auxílio para a leitura em função de dificuldades de compreensão ou devido à incapacidade para ler por problemas de visão. Foi colocada uma observação ao final do questionário especificando se o paciente necessitou de auxílio e em caso positivo foi justificado o motivo, com o intuito de identificar possíveis limitações do instrumento no seu uso futuro na prática em saúde. Assim, no caso de identificação por parte da pesquisadora e de auxiliares de pesquisa de dificuldades de algum participante em responder o instrumento, decorrente de analfabetismo funcional, o preenchimento foi realizado no formato de entrevista. Não foi permitida a comunicação com outras pessoas, exceto com a pesquisadora e com as auxiliares de pesquisa, durante a coleta de dados, com o propósito de evitar qualquer influência direta nas respostas.

O estudo somente foi iniciado após aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília (parecer número 142/10) (Anexo I).

3.6 Análise dos Dados

A análise dos dados consistiu de três momentos: etapa de tradução e adaptação do *Brief* IPQ; caracterização sociodemográfica e médico-clínica da amostra e sobre a percepção de doenças; e o processo de validação do instrumento.

Os resultados referentes à tradução e adaptação do questionário foram baseados predominantemente em análises qualitativas dos dados. Em seguida foram revelados os resultados referentes à caracterização da amostra global e de cada grupo de doença estudado, bem como os dados a respeito da percepção de doenças (análise estatística descritiva). Também foi realizada análise qualitativa das causas de doenças mencionadas pelos participantes do estudo (questão 9),

sendo as mesma agrupadas em categorias. Por fim, nesta etapa foram verificadas a existência de correlações entre as variáveis sociodemográficas, médico-clínicas e a percepção de doenças, por meio dos testes de correlação de Spearman, teste de Mann Whitney e teste de Kruskal-Wallis, executados por meio do Pacote estatístico SPSS (*Statistical Package for the Social Sciences*, versão 18,5).

Em um terceiro momento, foram conduzidos os procedimentos para fins de validação do *Brief IPQ* para a cultura brasileira. Ressalta-se que o processo de validação consiste em verificar se o instrumento de fato mede o que supostamente pretende medir, ou seja, o quanto representa com precisão o conceito de interesse (Hair, Black, Babin, Anderson & Tatham, 2009; Pasquali, 2001; Sampieri et al., 2006). Assim, para validação do instrumento foi conduzida a ACP, a AFC e verificada a validade discriminante. Para tanto, foram realizadas análises estatísticas descritivas e inferenciais dos dados, com o uso do Pacote estatístico SPSS (*Statistical Package for the Social Sciences*, versão 18,5). A AFC foi conduzida por meio do Programa Amos (versão 18).

Inicialmente, foi realizada uma análise fatorial exploratória (AFE), que incluiu a ACP e a análise dos fatores comuns, sendo esta uma abordagem estatística que pode ser utilizada para analisar inter-relações entre um número expressivo de variáveis e explicar essas variáveis com base em suas dimensões inerentemente comuns (fatores) (Hair et al., 2009; Tabachnick & Fidell, 2007). Nesta investigação, optou-se pela ACP, um método que procura determinar que componentes lineares existem nos dados e como uma variável particular pode contribuir com aquele componente. Na ACP foi utilizado o método de rotação ortogonal varimax, que se concentra na simplificação das colunas da matriz fatorial. Este método tenta maximizar a dispersão das cargas dentro dos fatores, buscando agregar um menor número de variáveis sobre cada fator, resultando em um maior número de aglomerados de fatores interpretáveis (Field, 2009; Hair et al., 2009).

Já a AFC não designa variáveis a fatores, como a AFE, ela revela o quanto a especificação dos fatores definida pelo pesquisador é compatível com a realidade. Trata-se de uma técnica multivariada que testa (confirma) uma relação pré-especificada, por meio de modelagem de equações estruturais. A modelagem de equações estruturais (*Structural Equation Modeling*- SEM) permite ao pesquisador examinar simultaneamente relações de dependência inter-relacionadas entre as variáveis medidas e os construtos latentes (Hair et al., 2009; Kline, 1998; Tabachnick & Fidell, 2001).

Antes da realização da ACP e da AFC, realizou-se a análise dos pressupostos estatísticos inerentes à análise fatorial (presença de *outliers* univariados e multivariados nos casos e nas variáveis, normalidade, linearidade, multicolinearidade e singularidade). Em seguida, buscou-se verificar a fatorabilidade da matriz e identificar quantos fatores formavam a estrutura fatorial do *Brief IPQ*. Também foi verificada a confiabilidade da solução, por meio do índice *alpha* de Cronbach. A confiabilidade indica se a escala reflete o construto que está medindo, sendo que valores acima de 0,7 são bons indicadores dessa medida (Field, 2009; Hair et al., 2009).

Em seguida, foi conduzida a AFC. Foram testadas duas estruturas fatoriais representativas do *Brief* IPQ, visando verificar qual delas era correspondente à melhor solução. Por fim, foi conduzida a análise discriminante por meio da Análise de Variância Unifatorial (ANOVA *one-way*) com comparações *post hoc* (*Sheffe*), um tipo de análise multivariada que informa se as médias populacionais são iguais. Os testes *post hoc* tipicamente envolvem a comparação das médias dos grupos de todas as combinações de pares de médias representativas das condições experimentais (Field, 2009; Tabachnick & Fidell, 2007).

Capítulo 4. Resultados

4.1 Tradução e Adaptação Cultural do *Brief* IPQ

Inicialmente foi realizada a tradução do *Brief* IPQ para o português, linguística e conceitualmente equivalente à versão em inglês, realizada pelas pesquisadoras envolvidas no estudo (versão 1). Não houve dificuldade na realização dessa tarefa, considerando que se trata de um instrumento simples e objetivo.

Em seguida, a escala foi traduzida para o português por um tradutor bilíngüe especialista na área da saúde que avaliou o grau de dificuldade para a realização dessa tradução como de “pouca dificuldade” (versão 2). As versões 1 e 2 da tradução foram então comparadas, sendo realizadas alterações que levaram a uma terceira versão, enviada para um outro especialista na área da saúde que a avaliou, bem como deu sugestões de algumas mudanças. Em relação ao grau de dificuldade para a realização da tradução, a resposta desse último tradutor foi “nenhuma dificuldade”. Já a avaliação quanto à equivalência das traduções, o escore foi quatro em uma escala de zero (nada equivalente) a cinco (exatamente equivalente). Em relação à qualidade do trabalho de tradução, o especialista a considerou de muito boa a excelente (assinalando os escores correspondentes a quatro e cinco, em uma escala de zero a cinco, onde zero era péssimo e cinco excelente). As sugestões foram analisadas pelas pesquisadoras do estudo, sendo algumas delas consideradas, o que resultou na quarta versão da tradução.

No processo de adaptação do *Brief* IPQ, foi solicitado a um grupo de dez pacientes com doenças crônicas (HIV/aids, diabetes, dor crônica e asma) que respondessem o questionário e avaliassem dificuldades durante o preenchimento. Em relação às características sociodemográficas desses participantes: sete eram do sexo feminino; a idade variou entre 36 a 72 anos; em relação à escolaridade cinco tinham ensino médio completo, três haviam concluído o ensino fundamental e dois tinham ensino fundamental incompleto. Sobre a situação conjugal, seis participantes tinham companheiro; em relação à situação ocupacional, sete não estavam trabalhando; houve maior predomínio de pessoas com renda familiar de até três salários mínimos (oito pessoas); a religião mais frequente foi a católica (cinco pessoas). Em relação ao questionário médico-clínico: o tempo médio de diagnóstico foi de 11,7 anos para diabetes, de 9,5 para HIV/aids, de 23,7 para asma e de sete anos para dor crônica; pessoas com diagnóstico de HIV/aids e dor crônica negaram internações, enquanto a média de internações devido ao diabetes foi de duas e para asma foi de oito; sete participantes do estudo negaram ter comorbidades; o tratamento mais citado foi medicamentoso para todas as doenças estudadas, sendo a alimentação também mencionada cinco vezes (participantes com diabetes e soropositivos); houve predomínio de relatos de boa adesão ao tratamento (oito pessoas); em relação ao estado geral de saúde, a maioria das pessoas fez uma avaliação muito positiva da sua saúde, sendo que cinco pessoas atribuíram um número maior que oito numa escala de 0-10, onde zero é péssimo e dez é excelente.

Na entrevista de avaliação sobre o *Brief IPQ*, observou-se que a maioria dos participantes levou de cinco a dez minutos para responder o instrumento, sendo que quatro deles demoraram menos que cinco minutos. Em relação à percepção do nível de dificuldade para responder o instrumento, seis participantes afirmaram que não tiveram nenhuma dificuldade para respondê-lo, enquanto quatro pessoas apontaram diferentes dificuldades: de compreensão do questionário; para compreender a escala numérica de resposta; ausência de preparação para realizar a atividade; dúvidas no item oito. Quatro participantes afirmaram que não houve nenhuma questão que tiveram dificuldade para responder, enquanto três apontaram alguma dificuldade na questão nove, dois indivíduos na questão cinco e um deles citou a de número oito. Também foi perguntado se havia alguma palavra que os pacientes tiveram dificuldades para compreender, sendo que nove negaram que existia e uma pessoa citou a palavra “decrecente”. Todos os participantes do estudo piloto fizeram uma avaliação muito positiva do instrumento, considerando-o importante, objetivo e claro, fácil de compreender e completar, com boa estrutura, estimulante para a busca de informações e para promover reflexões sobre a doença.

Em outra etapa do processo de validação linguística, profissionais de saúde (um médico, uma enfermeira e uma assistente social) identificaram possíveis dificuldades de compreensão durante o preenchimento do instrumento. Foram apontadas algumas desvantagens do questionário por esses profissionais: necessidade de orientação no momento em que os pacientes estivessem respondendo o instrumento; a escala de 0-10 foi considerada muito longa; e a instrução para preenchimento da questão nove poderia acarretar dificuldades. Em relação ao grau de dificuldade para preencher o instrumento, dois profissionais avaliaram que os pacientes poderiam ter dificuldades relevantes, sendo que as principais poderiam ser decorrentes de: nível baixo de escolaridade, redação das questões e possível confusão no item dois, no qual um profissional de saúde opinou que os pacientes poderiam confundir a escala numérica com o número de anos de doença.

Em suma, os itens mencionados como possíveis de apresentar dificuldades para os respondentes foram os de número 2, 5 e 9. Além disso, foram apontadas as palavras que as pessoas provavelmente teriam dificuldades para compreender: “sintomas”, “decrecente” e “compreende”. Ressalta-se que os profissionais fizeram uma avaliação positiva sobre o *Brief IPQ*: útil, objetivo, rápido para completar e o formato de escala numérica facilita a compreensão.

Após as avaliações dos participantes e dos profissionais, foram consideradas as críticas e sugestões e realizadas as alterações no instrumento, a saber: acréscimo de uma questão exemplo no início do instrumento, com explicações sobre como este poderia ser respondido, com o intuito de facilitar a compreensão da resposta no formato de escala numérica de 0-10; foram realizadas alterações no item cinco, sendo acrescentada a definição da palavra “sintomas” (sinais, reações ou manifestações); foram realizadas mudanças na redação das instruções da nona questão, com a exclusão da palavra “decrecente”. Além disso, foram feitas pequenas alterações na redação das questões, a fim de torná-las ainda mais claras.

Posteriormente ao estudo piloto, a versão em português foi traduzida para o inglês, por dois tradutores independentes para uma análise e comparação da versão traduzida com a versão original em inglês. A tradução em inglês da versão definida em português após o piloto foi considerada equivalente à versão original em inglês, sendo que as diferenças observadas foram atribuídas ao processo de adaptação cultural. A versão traduzida e adaptada para cultura brasileira, aplicada na próxima etapa do estudo, está no Anexo F.

4.2 Dados Sociodemográficos, Médico-Clínicos e de Percepção de Doenças

4.2.1 Dados sociodemográficos, médico-clínicos e percepção de doenças da amostra global

Em relação aos dados sociodemográficos, 59,9% ($n = 194$) participantes eram do sexo feminino; a idade média foi de 49,5 anos ($DP = 13,9$; amplitude 18-85) e 61,1% ($n = 198$) deles tinham companheiro(a); em relação à escolaridade, houve maior predomínio de pessoas que tinham ensino fundamental incompleto (35,8%; $n = 116$); 56,6% ($n = 183$) não estavam trabalhando no momento da pesquisa. Sobre a renda familiar, houve predomínio de indivíduos com até três salários mínimos (67,7%; $n = 219$) e 88% ($n = 285$) relataram que possuíam uma religião vinculada a uma doutrina específica.

A análise dos questionários médico-clínicos indicou que sobre o tempo de doença 67% ($n = 217$) revelaram que tinham mais de seis anos de diagnóstico; 64,5% ($n = 209$) negaram internações por causa da doença; 64,8% ($n = 210$) afirmaram que tinham alguma comorbidade; e 77,2% ($n = 250$) referiram que seguiam à risca as orientações médicas, o que foi considerado indicador de adesão autorrelatada. Em relação à autoavaliação do estado geral de saúde, a média foi de 7,2 ($Md = 8$; $AT = 0-10$), sendo que 65,5% assinalaram números iguais ou superiores a sete, indicando que a percepção de estado de saúde variou de boa a excelente. O detalhamento dos dados sociodemográficos e médico-clínicos podem ser visualizados na Tabela 1.

Em relação à percepção de doença, o escore médio foi de 40,4 ($DP = 12,6$), sendo que 55,9% dos participantes tiveram escore global acima de 40, indicando que houve uma tendência à percepção de doença mais centrada na ameaça (Tabela 2). Ressalta-se que 71% dos participantes do estudo não necessitaram de auxílio da pesquisadora para responder ao *Brief IPQ*.

Tabela 1

Dados Sociodemográficos e Médico-Clínicos da Amostra Global (N = 324)

Variáveis		Frequência n (%)
Escolaridade	Ensino fundamental incompleto	116 (35,8)
	Ensino fundamental completo	40 (12,3)
	Ensino médio incompleto	24 (7,5)
	Ensino médio completo	82 (25,3)
	Ensino superior incompleto	27 (8,3)
	Ensino superior completo	35 (10,8)
Renda	Até um salário mínimo	90 (27,8)
	Até três salários mínimos	129 (39,9)
	De quatro a seis salários mínimos	72 (22,3)
	Mais de seis salários mínimos	32 (10)
Religião	Com doutrina específica	285 (88)
	Sem doutrina específica	27 (8,3)
	Sem crenças religiosas	10 (3,1)
	Outros	2 (0,6)
Tempo de diagnóstico	Até seis meses	22 (6,8)
	De sete meses a um ano	13 (4)
	De dois a cinco anos	72 (22,2)
	De seis a dez anos	85 (26,2)
	De onze a vinte anos	82 (25,3)
	Mais de 21 anos	50 (15,5)
Número de internações	Nenhuma	209 (64,5)
	Uma	51 (15,7)
	Duas	18 (5,5)
	Três	6 (1,9)
	Quatro	7 (2,2)
	Cinco	3 (0,9)
	Seis ou mais	30 (9,3)
Adesão	Sim	250 (77,4)
	Não	64 (19,8)
	Sem indicação de tratamento	10 (2,8)

Nota. A amostra passou a ser constituída de 324 casos devido à exclusão de um *outlier* multivariado (ver seção 4.3.1).

Tabela 2

Escores de Percepção de Doenças da Amostra Global (N = 324)

Variável	Média (DP)	Mediana	Mínimo	Máximo
Percepção de doenças	40,4 (12,6)	42	3	75

Para verificar a existência de correlações entre a percepção de doenças e as variáveis sociodemográficas e médico-clínicas foram utilizados testes não-paramétricos, devido à violação do pressuposto de normalidade (ver subseção 4.3.1): coeficiente de correlação de Spearman (idade, renda, escolaridade, tempo de diagnóstico, número de internações e avaliação do estado geral de

saúde); teste de Mann Whitney (sexo, situação conjugal, situação ocupacional e presença de comorbidades); e teste de Kruskal-Wallis (religião e adesão ao tratamento). A verificação da existência de correlações entre percepção de doenças e tipo de enfermidade será apresentada na seção 4.3.4, por constituírem dados referentes à validade discriminante.

Houve correlações estatisticamente significativas, porém modestas, entre percepção de doenças e as variáveis: renda ($\rho = -0,156$; $p \leq 0,01$), número de internações ($\rho = 0,127$; $p \leq 0,05$) e avaliação do estado geral de saúde ($\rho = -0,336$; $p \leq 0,01$). Assim, quanto menor a renda maior a percepção de ameaça da doença; quanto maior o número de internações, maior a percepção de ameaça da doença; e quanto melhor a percepção do estado geral de saúde, menor o escore global de percepção de doença, ou seja, menor a percepção de ameaça. Não foram encontradas correlações estatisticamente significativas entre percepção de doenças e as variáveis sociodemográficas e médico-clínicas: idade, escolaridade e tempo de diagnóstico. Constatou-se que os escores médios de percepção de doenças não diferiram em relação às variáveis: sexo, situação conjugal, situação ocupacional, presença de comorbidades, religião e adesão ao tratamento.

Ressalta-se que nessa subseção não foram apresentadas as variáveis tratamento e causas da doença por serem muito específicas a cada enfermidade estudada, não fazendo sentido seu agrupamento. Assim, tais variáveis serão exploradas durante a caracterização da amostra e apresentação dos resultados de avaliação da percepção de doenças por grupo de doença.

4.2.2 Dados sociodemográficos, médico-clínicos e percepção de doenças por grupos de enfermidades.

4.2.2.1 HIV/aids.

Os participantes soropositivos para o HIV foram predominantemente do sexo masculino, correspondendo a 66,2% ($n = 43$). A idade variou de 19 a 64 anos, a média foi de 40,9 anos, com um desvio-padrão de 9,4. Em relação à situação conjugal, 53,8% ($n = 35$) relataram que possuíam companheiro(a); a escolaridade predominante foi ensino médio completo (30,8%; $n = 20$); 55,4% ($n = 36$) afirmaram que estavam trabalhando; 53,8% ($n = 35$) tinham renda familiar de até três salários mínimos; 75,4% ($n = 49$) disseram que tinham religião vinculada a uma doutrina específica.

No que tange o questionário médico-clínico: 56,9% ($n = 37$) tinham mais de seis anos de diagnóstico; 58,5% ($n = 38$) não tinham sido internados nenhuma vez por causa do HIV; e 50,8% ($n = 33$) tinham alguma comorbidade. Em relação ao tratamento indicado para o HIV/aids, 75,3% ($n = 49$) faziam uso de medicamentos, 14% ($n = 9$) relataram uso de medicação associado a alguma prática (por exemplo, cuidados com a dieta, atividade física, acompanhamento psiquiátrico e/ou psicológico), 9,2% ($n = 6$) ainda não estavam fazendo o tratamento antirretroviral e 1,5% ($n = 1$) referiram situação de abandono de tratamento. Quando questionados sobre a adesão, 86,2% ($n = 56$) afirmaram que estavam seguindo o tratamento indicado à risca. A média do estado geral de

saúde foi de 8 ($Md = 8$; $AT = 0-10$), sendo que 86,2% ($n = 56$) dos participantes assinalaram números iguais ou superiores a sete, correspondendo a uma percepção do estado geral de saúde de boa a excelente. Os dados sociodemográficos e médico-clínicos dos grupos de enfermidades estudadas estão detalhados na Tabela 3.

Em relação ao escore de percepção de doença a média foi de 34 ($DP = 15$), sendo que 81,5% ($n = 43$) dos participantes apresentaram escores iguais ou abaixo de 40, demonstrando que a maioria dos indivíduos apresentou uma percepção de doença menos centrada na ameaça. Sobre as possíveis causas atribuídas à infecção pelo HIV, as respostas foram categorizadas, a saber: comportamento sexual de risco (45 menções); diversidade de parceiros (dez menções); falta de informação (dez vezes); excesso de confiança no(a) parceiro(a) (nove menções); uso de drogas injetáveis (cinco menções); contato com sangue ou material contaminado (por exemplo, durante cirurgia ou tratamento odontológico) (mencionado cinco vezes); falta de responsabilidade (quatro vezes); percepção de invulnerabilidade (quatro vezes); outros (“não há”, “problema financeiro”, “falha do governo”, “emoção dos momentos”); e culpabilização da família (três vezes). Ressalta-se que 69,2% ($n = 45$) das pessoas deste grupo não necessitaram de auxílio da pesquisadora para responder o *Brief* IPQ. Na Tabela 4 foram relatados os resultados principais da percepção de doença dos cinco grupos de enfermidades investigadas.

4.2.2.2 Diabetes.

Em relação aos dados sociodemográficos, houve predomínio de participantes do sexo feminino, correspondendo a 66,2% ($n = 43$) dos casos. A idade variou de 20 a 79 anos, com média igual a 56,6 anos ($DP = 13,2$). Sobre a situação conjugal, 57,6% ($n = 38$) relataram que possuíam companheiro(a). A escolaridade predominante foi ensino fundamental incompleto (40%; $n = 26$); 60% ($n = 39$) afirmaram que não estavam trabalhando, no momento da pesquisa; 66,2% ($n = 43$) tinham renda familiar de até três salários mínimos e 89,2% ($n = 58$) tinham religião, seguindo uma doutrina específica.

Em relação ao questionário médico-clínico: 60% ($n = 39$) tinham diagnóstico há mais de seis anos; 70,8% ($n = 46$) não tinham sido internados nenhuma vez devido ao diabetes e 75,4% ($n = 49$) tinham alguma comorbidade. O tratamento mais mencionado foi medicamentoso, 69,2% ($n = 45$), seguido de 8% ($n = 5$) que afirmaram que faziam uso de medicamento e controle da dieta alimentar, 3% ($n = 2$) medicação e atividade física, 3% ($n = 2$) ainda não faziam tratamento, 15,3% ($n = 10$) medicação, dieta e atividade física e 1,5% ($n = 1$) referiram abandono. Em relação à adesão ao tratamento, 86,2% ($n = 56$) afirmaram que seguiam as recomendações como indicado pelos profissionais de saúde. A média da autoavaliação do estado geral de saúde foi de 7,1 ($Md = 8$; $AT = 0-10$), sendo que 69,1% ($n = 45$) dos participantes também assinalaram números iguais ou superiores a sete, correspondendo a um estado geral de saúde considerado de bom a excelente.

A média do escore total de percepção de doença foi de 43 ($DP = 11,5$), sendo que pouco mais de um terço dos participantes (33,8%; $n = 22$) apresentaram escores iguais ou inferiores a 40, indicando que a maioria tinha uma percepção de doença centrada na ameaça. As atribuições causais feitas ao desenvolvimento do diabetes mais frequentes foram: alimentação/excesso de açúcar (mencionada 35 vezes); causas emocionais (“estresse”, “ansiedade”, “depressão”) (21 vezes); hereditariedade (21 menções); sedentarismo (seis vezes); falta de cuidado com a saúde (três vezes); ingestão excessiva de bebida alcoólica (duas vezes); obesidade (duas vezes); outros (“imunidade baixa”, “pâncreas”, “idade”, “tratamento errado”, “falta de conhecimento na infância”, “família muito pobre quando criança”, “pressão alta”). Cabe destacar que 66,7% ($n = 43$) dos pacientes com diabetes não necessitaram de auxílio da pesquisadora para preencher o questionário de percepção de doenças.

4.2.2.3 Hipertensão.

Houve predomínio de participantes do sexo feminino, correspondendo a 66,2% ($n = 43$) dos casos. A idade variou de 25 a 80 anos, com média de 56,2 anos ($DP = 12,4$). Sobre a situação conjugal, 60% ($n = 39$) relataram que possuíam companheiro(a). A escolaridade predominante foi o ensino fundamental incompleto (41,5%; $n = 27$); 73,8% ($n = 48$) afirmaram que não estavam trabalhando; 73,8% ($n = 48$) tinham renda familiar de até três salários mínimos; e 89,3% ($n = 52$) tinham crenças religiosas vinculadas a alguma religião específica.

A análise dos dados dos questionários médico-clínicos revelaram que a maioria dos pacientes tinha diagnóstico há mais de seis anos; 77% ($n = 50$) deles não tinham sido internados devido à hipertensão e 83,1% ($n = 54$) referiram alguma comorbidade. O tratamento mais mencionado foi medicamentoso (76%; $n = 49$), seguido de 21% ($n = 14$) que faziam uso de medicamentos combinado a alguma outra forma de tratamento (por exemplo: controle alimentar, redução do consumo de sal, prática de atividade física, grupo de apoio e controle do peso) e 3% ($n = 2$) ainda não faziam tratamento. A adesão ao tratamento foi relatada por 80% ($n = 52$) dos participantes. O escore médio do estado geral de saúde foi de 6,97 ($Md = 7$; $AT = 1-10$), sendo que 55,4% dos participantes assinalaram números iguais ou superiores a sete, indicando uma avaliação do estado geral de saúde muito positiva.

Em relação à percepção de doença a média foi de 39,8 ($DP = 11$), sendo que 60,1% apresentaram escores iguais ou maiores que 40, sugerindo a presença de uma percepção de doença predominantemente centrada na ameaça. As causas mencionadas como responsáveis pelo surgimento da hipertensão foram: causas emocionais (“estresse”, “preocupação”, “aborrecimento”, “nervosismo”, “ansiedade”, “raiva” e “depressão”) (56 menções); alimentação/excesso de sal (19 vezes); hereditariedade (três menções); comorbidades e condições de saúde associadas (“insuficiência renal”, “medicamentos para artrite”, “diabetes”, obesidade/excesso de peso, uso de álcool, tabaco e/ou outras drogas) (sete menções), sedentarismo (cinco vezes); idade (quatro vezes);

falta de acompanhamento médico (duas vezes); estilo de vida (duas vezes); outros (13 vezes) (“acidente de automóvel e moto”, “demora no nascimento”, “ineficiência do sistema de saúde da minha região”, “mosca de água de rio”, “gestação”). Ressalta-se que 72,3% ($n = 47$) não necessitaram de ajuda da pesquisadora para responder ao *Brief IPQ*.

4.2.2.4 Psoríase.

Em relação aos dados sociodemográficos, 64,6% ($n = 42$) dos casos eram do sexo feminino. A idade variou de 19 a 85 anos ($M = 44$ anos; $DP = 13,8$). Quanto à situação conjugal, 60% ($n = 39$) relataram que possuíam companheiro(a). A escolaridade predominante foi ensino fundamental incompleto (33,8%; $n = 22$). A maioria (57,8%; $n = 37$) referiu que estava em situação laboral ativa; 66,1% ($n = 43$) informaram renda familiar de até três salários mínimos e 93,8% ($n = 61$) seguiam uma religião específica.

Quanto os dados médico-clínicos: 75,4% ($n = 49$) tinham mais de seis anos de diagnóstico; 81,6% ($n = 53$) negaram internações decorrentes da psoríase e 60% ($n = 39$) não tinham comorbidades. O tratamento mais mencionado incluiu combinações entre o uso de medicamento e outros tratamentos (“pomada”, “óleo mineral”, “shampoo”, “fototerapia”, “evitar estresse”, “sabonete”, “creme para a pele”) (48%; $n = 31$); 27,7% ($n = 18$) seguiam outras formas de tratamento (“uso exclusivo de óleo”, “pomada”, “shampoo” ou “medicamento”; óleo e creme; dieta e caminhada); 15,2% ($n = 10$) utilizavam a pomada em combinação com outra prática (como uso de óleo, creme, sabonete e shampoo); 7,6% ($n = 5$) referiram abandono do tratamento e 1,5% ($n = 1$) ainda não estava fazendo tratamento. Quando questionados sobre a adesão ao tratamento, 61,5% ($n = 40$) afirmaram que estavam seguindo as recomendações médicas. A média da percepção do estado geral de saúde foi de 6,71 sendo que 53,8% ($n = 35$) dos participantes assinalaram números iguais ou superiores a sete, correspondendo a um estado geral de saúde avaliado como bom a excelente.

Em relação à percepção de doença, esta alcançou média foi de 42,9 ($DP = 12$), sendo que 42,8% ($n = 28$) apresentaram escores iguais ou inferiores a 40, indicando que houve predomínio de pessoas com uma percepção de doença mais centrada na ameaça. As causas mais mencionadas como responsáveis pelo desenvolvimento da enfermidade foram: causas emocionais (“estresse”, “raiva”, “depressão”, “ansiedade”) (mencionada 90 vezes), hereditariedade (três vezes), devido a infecções de garganta (três menções), alterações no sistema imunológico (duas vezes), alergias (duas menções) e clima (duas vezes). Ressalta-se que 90,8% ($n = 59$) dos indivíduos com diagnóstico de psoríase que participaram do estudo não necessitaram de auxílio da pesquisadora no momento em que respondiam o *Brief IPQ*.

4.2.2.5 Asma.

A análise dos dados sociodemográficos dos participantes que tinham asma revelou: predomínio de participantes do sexo feminino (68,8%; $n = 44$); idades entre 18 a 84 anos, média de 50,1 anos ($DP = 13,4$); 73,4% ($n = 47$) possuíam companheiro(a); 46,8% ($n = 30$) tinham ensino fundamental incompleto; 62,5% ($n = 40$) estavam inativos em relação à situação laboral; 78,2% ($n = 50$) tinham renda de até três salários mínimos; e 92,2% ($n = 59$) referiram crenças religiosas vinculadas a uma doutrina específica.

Em relação ao questionário médico-clínico: 81,2% ($n = 52$) referiram asma há mais de seis anos; 34,4% ($n = 22$) não tinham sido internados nenhuma vez devido à asma; e 75% ($n = 48$) tinham alguma comorbidade. O tratamento mais mencionado foi medicamentoso e inalação, 28% ($n = 18$) em ambos, seguido de 22% ($n = 14$) que faziam uso de medicamentos combinados a alguma outra forma de tratamento (“acompanhamento médico”, “vacina contra ácaro”, “bombinha”, “exercícios físicos”, “evitar poeira”, “inalação” e “dieta”); 12,8% ($n = 8$) seguiam outros tratamentos (“inalação” ou “nebulização” combinada com outra orientação médicas, uso exclusivo de “bombinha” ou “nebulização”, “acompanhamento médico” e “atividade física”); 6,2% ($n = 4$) não faziam nenhum tratamento e 3% ($n = 2$) abandonaram o mesmo. Dos participantes do grupo de asma, 71,8% ($n = 46$) afirmaram que aderiam satisfatoriamente ao tratamento. A média da percepção do estado geral de saúde foi de 7,2 ($Md = 7$; $AT = 0-10$); 62,5% ($n = 40$) dos participantes assinalaram números iguais ou superiores a sete, correspondendo a um estado geral de saúde de bom a excelente.

Sobre a percepção de doença, a média foi de 42,2 ($DP = 11,2$), sendo que 62% ($n = 40$) apresentaram escores superiores a 40, indicando uma maior prevalência de percepção de doença mais centrada na ameaça. Na questão causal, as atribuições mais citadas foram: mofo/ácaro/poeira (26 menções); cigarro/fumaça (16 vezes); hereditariedade (mencionada 13 vezes); decorrente de outras doenças (“sinusite”, “pneumonia”, “bronquite” e “gripe”) (nove vezes); clima (nove vezes); tomar chuva, friagem, sereno e usar roupa molhada (oito vezes); causas emocionais (seis vezes) (exemplo, “depressão” e “nervosismo”); ausência de tratamento no início da doença (seis vezes); produtos químicos/limpeza (seis vezes); alergia (quatro vezes); pêlo de animais (duas vezes); ambiente de trabalho fechado/insalubre (duas vezes); falta de cuidado dos pais na infância (duas vezes); e outros (nove vezes), tais como uso excessivo de antibiótico, alimentação, ingestão inadequada de água, “levantava muito cedo”, “antigo sistema hospitalar ruim”, “pó de farinha de trigo”. Sobre a necessidade de auxílio da pesquisadora durante o preenchimento do questionário de percepção de doença, ressalta-se que a maioria (56,3%; $n = 36$) não necessitou de ajuda.

Tabela 3

Dados Sociodemográficos e Médico-Clínicos da Amostra por Grupo de Doença

Variáveis		Frequência <i>n</i> (%)				
		HIV/aids (<i>n</i> = 65)	Diabetes (<i>n</i> = 65)	Hipertensão (<i>n</i> = 65)	Psoríase (<i>n</i> = 65)	Asma (<i>n</i> = 64)
Escolaridade	E.F.I	11 (16,9)	26 (40)	27 (41,5)	22 (33,8)	30 (46,8)
	E.F.C	12 (18,5)	9 (13,8)	6 (9,2)	7 (10,8)	6 (9,4)
	E.M.I	3 (4,6)	6 (9,2)	4 (6,2)	8 (12,4)	3 (4,7)
	E.M.C	20 (30,8)	17 (26,2)	15 (23,1)	14 (21,5)	16 (25)
	E.S.I	7 (10,8)	2 (3,1)	4 (6,2)	9 (13,8)	5 (7,8)
	E.S.C	12 (18,5)	5 (7,7)	9 (13,8)	5 (7,7)	4 (6,3)
Renda	Até um SM	14 (21,5)	17 (26,2)	22 (33,8)	15 (23)	22 (34,9)
	Até três SM	21 (32,3)	26 (40)	26 (40)	28 (43,1)	28 (44,4)
	Quatro a seis SM	18 (27,7)	16 (24,6)	9 (13,8)	18 (27,7)	11 (17,5)
	Mais de seis SM	12 (18,5)	6 (9,2)	8 (12,4)	4 (6,2)	2 (3,2)
Religião	Com dout. específ.	49 (75,4)	58 (89,2)	58 (89,3)	61 (93,8)	59 (92,2)
	Sem dout. específ.	11 (16,9)	4 (6,2)	5 (7,7)	4 (6,2)	3 (4,7)
	Sem crenças relig.	4 (6,2)	3 (4,6)	1 (1,5)	0 (0)	2 (3,1)
	Outros	1 (1,5)	0 (0)	1 (1,5)	0 (0)	0 (0)
Tempo diagnóstico	Até 6 meses	10 (15,4)	5 (7,7)	6 (9,2)	0 (0)	1 (1,6)
	7 meses a 1 ano	3 (4,6)	5 (7,7)	2 (3,1)	2 (3,1)	1 (1,6)
	2 a 5 anos	15 (23,1)	16 (24,6)	17 (26,2)	14 (21,5)	10 (15,6)
	6 a 10 anos	14 (21,5)	19 (29,2)	22 (33,8)	15 (23,1)	15 (23,4)
	11 a 20 anos	21 (32,3)	17 (26,2)	11 (16,9)	20 (30,8)	13 (20,3)
	Mais de 21 anos	2 (3,1)	3 (4,6)	7 (10,8)	14 (21,5)	24 (37,5)
Número internações	Nenhuma	38 (58,5)	42 (70,8)	50 (77)	53 (81,6)	22 (34,4)
	Uma	13 (20)	12 (18,5)	8 (12,3)	6 (9,2)	12 (18,8)
	Duas	4 (6,2)	2 (3,1)	3 (4,6)	4 (6,2)	5 (7,8)
	Três	2 (3,1)	0	1 (1,5)	1 (1,5)	2 (3)
	Quatro	3 (4,6)	1 (1,5)	2 (3,1)	0 (0)	1 (1,6)
	Cinco	1 (1,5)	1 (1,5)	1 (1,5)	0 (0)	0 (0)
	Seis ou mais	4 (6,2)	3 (4,6)	0 (0)	1 (1,5)	22 (34,4)
Adesão	Sim	56 (86,2)	56 (86,2)	52 (80)	40 (61,5)	46 (71,8)
	Não	4 (6,2)	7 (10,8)	12 (18,5)	24 (37)	17 (26,6)
	Sem indic. de trat.	5 (7,6)	2 (3)	1 (1,5)	1 (1,5)	1 (1,6)

Nota. E.F.I = ensino fundamental incompleto, E.F.C = ensino fundamental completo, E.M.I = ensino médio incompleto, E.M.C = ensino médio completo, E.S.I = ensino superior incompleto, E.S.C = ensino superior completo, S.M = salários mínimos.

Tabela 4

Percepção de Doenças por Enfermidade

Enfermidades	Média (DP)	Mediana	Mínimo	Máximo
HIV/aids	34,3 (15)	36	4	65
Diabetes	43 (11,5)	43	15	72
Hipertensão	39,8 (11)	42	10	64
Psoríase	42,9 (12)	43	12	75
Asma	42,2 (11,2)	45,5	3	64

4.3 Validação do *Brief IPQ*

4.3.1 Análise dos pressupostos estatísticos.

A análise inicial dos dados revelou a presença de *missings* (dados ausentes) em quatro casos apenas (um dado ausente nos itens dois e cinco; e dois no item seis). Foi realizada a substituição dos dados faltosos pelas médias. Em relação aos *outliers*, foram encontrados três casos univariados extremos na variável controle do tratamento (casos de diabetes, psoríase e asma). Para solução dos *outliers* univariados foram realizadas transformações aproximando-se o valor do escore dos *outliers* ao valor do menor escore encontrado na variável de interesse, tal como recomendado por Tabachnick e Fidel (2001).

Em seguida, foi conduzida a identificação dos *outliers* multivariados, sendo encontrados três casos multivariados (todos casos de asma), com base no cálculo da distância *Mahalanobis*, para a tomada de decisão acerca de eventual exclusão dos *outliers* multivariados do banco de dados. Porém, a exclusão dos mesmos não levou a mudanças relevantes na análise dos dados e pressupostos. Assim, optou-se por manter dois casos de *outliers* multivariados no banco de dados original, excluindo apenas um caso de asma. A justificativa para a tomada de decisão quanto a excluir esse participante foi decorrente de se tratar do caso com maior valor na distância *Mahalanobis* (30,5 para o valor limite de 26,1) e pelo fato desse participante responder sempre nos extremos (0 ou 10 nos itens do questionário). Assim, o banco de dados analisado foi composto por 324 casos após a exclusão desse *outlier* multivariado.

Sobre o número de participantes, enfatiza-se que foi adequado para a realização da análise fatorial segundo Hair et al. (2009), que defendem que a regra geral é “ter pelo menos cinco vezes mais observações do que o número de variáveis a serem analisadas, e o tamanho mais aceitável teria uma proporção de dez para um” (p.108). Assim, tanto a amostra geral, composta pelo somatório do número de participantes de todos os grupos de doenças ($N = 324$), bem como o número de participantes em cada grupo por doença (aproximadamente 65) podem ser considerados satisfatórios para a realização da análise fatorial, já que o instrumento validado possui oito itens, ou seja, oito variáveis métricas.

O pressuposto estatístico de normalidade foi verificado por meio dos histogramas das oito variáveis métricas que compõem o *Brief IPQ* (consequências, dimensão temporal, controle individual, controle do tratamento, identidade, preocupação, compreensão e emoções), dos escores de *skewness* e *kurtosis*, bem como por meio dos testes de normalidade *Kolmogorov-Smirnov* e *Shapiro-Wilk*. A análise dos histogramas revelou ausência de normalidade em todas as variáveis, confirmada pelos escores de *skewness* e *kurtosis*, nos quais houve significância dos valores em pelo menos um deles em todas as variáveis (nível de significância de 0,01). Os testes de normalidade *Kolmogorov-Smirnov* e *Shapiro-Wilk* indicaram que todas as oito variáveis não seguiam os padrões de normalidade, ou seja, os valores de p encontrados estavam abaixo de 0,05, indicando rejeição da hipótese nula.

Foram realizadas transformações nas variáveis (logaritmo, raiz quadrada e inverso) com o propósito de melhorar a normalidade, o que não ocorreu. Assim, optou-se por manter o banco de dados original e dar prosseguimento às análises.

O pressuposto estatístico de linearidade foi verificado por meio dos gráficos *scatterplot*. Para realização da análise fatorial, é desejável que existam relacionamentos lineares entre as variáveis. Algumas combinações de variáveis indicaram relação linear de baixa a moderada entre as variáveis: consequências e identidade ($R^2 \text{ linear} = 0,31$); consequências e preocupação ($R^2 \text{ linear} = 0,25$); consequências e emoções ($R^2 \text{ linear} = 0,30$); controle individual e controle do tratamento ($R^2 \text{ linear} = 0,17$); identidade e preocupação ($R^2 \text{ linear} = 0,19$); e preocupação e emoções ($R^2 \text{ linear} = 0,25$), considerados satisfatórios para as análises pretendidas.

Houve indicação de multicolinearidade, sendo que o *condition index* foi maior que 0,30 e pelo menos duas *variance proportions* estavam acima de 0,50. Todavia, os valores de *VIF* (menores que cinco) e da tolerância (valores maiores que 0,1) não indicaram problemas de colinearidade. Nesses casos, a multicolinearidade tende a não afetar o modelo (Hair et al., 2009). Além disso, algum nível de multicolinearidade é desejável, uma vez que a análise fatorial trabalha com a matriz de correlações.

4.3.2 Análise dos componentes principais.

Inicialmente, foi realizada a inspeção da matriz de correlações (*Correlation Matrix*) e verificadas as possibilidades de fatorabilidade por meio da análise dos componentes principais. Desta forma, examinou-se a magnitude dos coeficientes de correlação para verificar se pelo menos a metade deles era superior a 0,30, pois quanto maior a quantidade de correlações superiores a 0,30, mais fatorável é a matriz. Menos da metade das correlações tinham coeficientes maiores que 0,30. Porém, a medida *KMO* (Kaiser-Meyer-Olkin) foi considerada moderada (0,74) e o Teste de Esfericidade de Bartlett's (qui-quadrado aproximado: 1831,86; nível de significância de 0,00) indicou que a matriz correlacional não é uma matriz identidade, ou seja, não se trata de uma matriz onde todos os elementos da diagonal são iguais a 1 e o restante dos coeficientes iguais a zero. Desta forma, é possível afirmar com base no *KMO* e no Teste de Esfericidade de Bartlett que a matriz é fatorável. A matriz anti-image (*Anti-image Matrix*) também foi analisada com fins de verificação da fatorabilidade da matriz. Todavia, é necessário cautela ao afirmar com base nesta última medida que a matriz é fatorável, em função dos valores constantes da diagonal que variaram entre 0,57 e 8 e deveriam ser distantes de 1 para que a matriz R fosse considerada fatorável. Apesar da relativa adequação da matriz de correlação e da matriz anti-image com relação à fatorabilidade dos dados, tomou-se a decisão de prosseguir com as análises em função dos indicadores *KMO* e do Teste de Esfericidade de Bartlett que foram favoráveis à continuidade da análise. Ressalta-se que não foram encontrados problemas em relação à comunalidade, isto é, não foram observados valores extremos (0-1).

Prosseguiu-se com a ACP (inicialmente sem rotação, seguida de rotações varimax e oblimin), para estimativas iniciais do número de fatores. As análises revelaram três autovalores (*eigenvalues*) maiores que 1. Foram encontradas oito variâncias explicadas pelos fatores maiores de 3%. A análise do *scree plot* indicou a presença de aproximadamente três componentes. Da mesma forma, a tabela Matriz Componente revelou a contribuição da variância de cada variável independente em cada componente, indicando a presença de três fatores que agregaram itens com cargas superiores a 0,30. Observou-se a melhor estrutura fatorial com a rotação ortogonal varimax (*Rotated Component Matrix*). O Fator 1 foi denominado representação emocional e foi composto pelos componentes de representação da doença: consequências (item 1), identidade (item 5), preocupações (item 6) e emoções (item 8); o Fator 2, intitulado representação cognitiva, agregou o controle individual (item 3), o controle do tratamento (item 4) e a compreensão (item 7); o Fator 3, denominado percepção de temporalidade, foi constituído por um único item: dimensão temporal (item 2). A consistência interna do instrumento (oito itens) foi, então, avaliada pelo *alpha* de Cronbach e revelou um valor de 0,64. A análise dos três fatores separadamente revelou os seguintes valores: Fator 1 com *alpha* de 0,80; e Fator 2 com *alpha* de 0,52. Não foi possível verificar o *alpha* de Cronbach do Fator 3 por ter sido composto por um único item. O resumo dos resultados da ACP pode ser visualizado na Tabela 5.

Tabela 5

Solução Fatorial com as Cargas Fatoriais, Comunalidades, Percentual de Variância Explicada e Alphas de Cronbach do Brief IPQ

Nº item	Itens	F1	F2	F3	h^2
1	Quanto a doença afeta a sua vida?	0,83			0,70
8	Quanto a sua doença o(a) afeta emocionalmente? (Por exemplo, faz você sentir raiva, medo, ficar chateado ou depressivo).	0,79			0,62
6	Quanto você está preocupado(a) com a sua doença?	0,77			0,61
5	Quanto você sente sintomas (sinais, reações ou manifestações) da sua doença?	0,76			0,59
3	Quanto controle você sente que tem sobre a sua doença?		0,79		0,64
4	Quanto você pensa que o tratamento pode ajudar a melhorar a sua doença?		0,76		0,61
7	Até que ponto você acha que compreende a sua doença?		0,63		0,45
2	Quanto tempo você pensa que a sua doença irá durar?			0,96	0,93
Autovalor		2,55	1,60	1,01	
Número de itens		4	3	1	
% de variância explicada		31,93	19,97	12,65	
<i>Alpha</i> de Cronbach		0,80	0,52	---	

Nota. Fator 1: Representação emocional; Fator 2: Representação Cognitiva; Fator 3: Percepção de temporalidade.

Observou-se que a solução fatorial encontrada no presente estudo diferiu, em parte, da proposta teórica do Modelo de Autorregulação de Leventhal. Assim, o Fator 1 agrupou dois itens originais da representação emocional (emoções e preocupações) e outros dois itens (consequências e identidade) que, segundo o modelo de Leventhal, seriam pertencentes à representação cognitiva da doença. O Fator 2 agrupou três itens referentes à representação cognitiva (controle do tratamento, controle individual e compreensão) e o Fator 3 foi constituído pelo componente de representação cognitiva “dimensão temporal” do modelo original.

Os mesmos procedimentos para análise da estrutura fatorial do *Brief IPQ* foram realizados em duas sub-amostras (A = 163 e B = 177), constituídas pela divisão em duas partes do banco de dados de forma randomizada. Ambas as análises revelaram uma estrutura fatorial compatível com a que foi encontrada no banco completo, com pequenas variações nas cargas fatoriais dos itens.

Foi realizada, ainda, uma ACP com rotação ortogonal varimax nas subamostras referentes a cada grupo de doença, sendo encontradas algumas alterações na estrutura fatorial. O único grupo de doença que preservou a estrutura fatorial encontrada na análise global foi a amostra constituída de pessoas com hipertensão ($\alpha = 0,53$). A análise do grupo de diabetes também relevou uma estrutura muito semelhante, sendo idênticos os Fatores 1 e 2, não havendo um terceiro fator, pois ocorreu a exclusão da dimensão temporal ($\alpha = 0,62$). As estruturas fatoriais nas demais amostras variaram ligeiramente, havendo uma tendência à conservação do Fator 1 com os mesmos itens agrupados e a ocorrência de pequenas variações em relação ao Fatores 2 e 3.

Concluiu-se que o Fator 1 – representação emocional – apresentou estabilidade relevante nas diversas análises executadas, não ocorrendo o mesmo em relação aos outros dois fatores. Diante da compatibilidade parcial da estrutura fatorial observada na versão brasileira do *Brief IPQ*, em relação à implícita no Modelo de Autorregulação de Leventhal, a tomada de decisão quanto a conduzir uma AFC foi fortalecida, com o propósito de verificar qual estrutura poderia representar melhor o *Brief IPQ*.

4.3.3 Análise fatorial confirmatória.

Dois conjuntos de resultados em uma AFC devem ser observados: o ajustamento global do modelo hipotetizado e a estimação da magnitude do efeito dos construtos sobre as variáveis mensuradas (Hu, Bentler & Kano conforme citado por Pereira, Camino & Costa, 2004). Assim, tais resultados são apresentados com base em dois modelos testados: um modelo estrutural baseado no Modelo de Autorregulação de Leventhal (Modelo 1) e um modelo identificado a partir da PCA com rotação varimax realizada com a amostra global do presente estudo (Modelo 2). Os diagramas de caminho dos modelos foram representados nas Figuras 2 e 4, respectivamente.

Ressalta-se que o Modelo 1 é baseado na teoria, sendo assim, não há evidência empírica de sua sustentação, pois não foi encontrada na literatura relatos sobre a sua fundamentação empírica.

Desta forma, este modelo foi composto por dois fatores, implícitos no Modelo de Autorregulação de Leventhal e pelos respectivos componentes no *Brief IPQ*, a saber (Figura 2):

- a) Fator 1 (representação cognitiva): consequências (item 1), dimensão temporal (item 2), controle individual (item 3), controle do tratamento (item 4), identidade (item 5) e compreensão (item 7);
- b) Fator 2 (representação emocional): preocupação (item 6) e emoções (item 8).

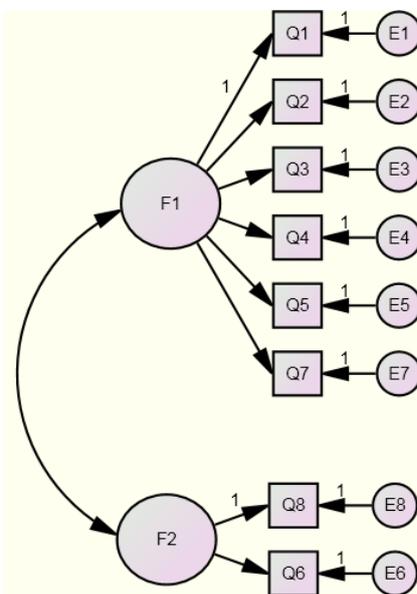


Figura 2. Modelo hipotético 1 do *Brief IPQ* proposto pelo Modelo de Autorregulação de Leventhal

Nota. F= Fator; Q= Questão/item; E= Erro

O Modelo 1 não apresentou um bom ajuste, considerando que a razão entre o valor de χ^2 e os graus de liberdade (χ^2/gl) foi maior que cinco (5,63). Além disso, o *GFI* e o *NFI* foram inferiores a 0,90, indicando problemas em relação à adequação do modelo. O *RMSEA* apresentou coeficiente maior que 0,05 (mínimo = 0,09; máximo = 0,14), reforçando as inadequações do Modelo 1. Os índices de ajuste do Modelo 1 podem ser visualizados na Tabela 6.

Em relação à estimação da magnitude do efeito dos construtos sobre as variáveis mensuradas, constatou-se que: o item 1 (consequências) e o item 5 (identidade) estiveram significativamente associadas com o Fator 1 (representação cognitiva), bem como o item 8 (emoções) e o item 6 (preocupações) com o Fator 2 (representação emocional). Além disso, houve correlação significativa entre os dois fatores (0,91). Assim, com base na AFC é possível afirmar que existem deficiências em relação ao ajuste do Modelo 1.

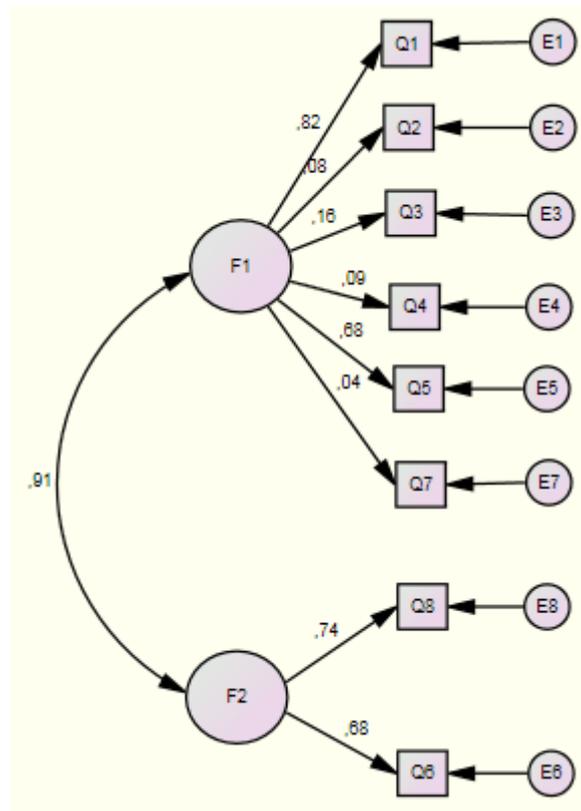


Figura 3. Resultados da AFC do Modelo 1 do Brief IPQ

O Modelo 2 resultou da análise dos componentes principais, a partir da estrutura fatorial encontrada na amostra global e mais frequentemente na análise de subamostras investigadas no presente estudo. Ressalta-se que o Fator 3 foi excluído dessa análise devido à AFC rejeitar fatores que agregam apenas um item ou variável. O diagrama de caminho representante desta estrutura fatorial encontra-se na Figura 4:

- a) Fator 1 (representação emocional): consequências (item 1), identidade (item 5), preocupações (item 6) e emoções (item 8);
- b) Fator 2 (representação cognitiva): controle individual (item 3), controle do tratamento (item 4) e compreensão (item 7).
- c) Fator 3 (percepção de temporalidade): dimensão temporal (item 2), excluído da análise.

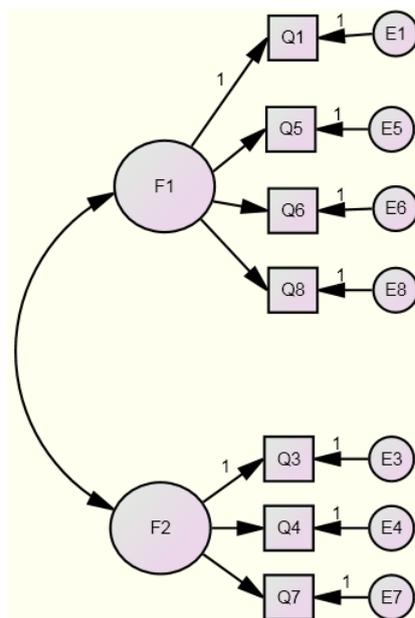


Figura 4. Modelo hipotético 2 do *Brief IPQ* sugerido pelos resultados da ACP

O Modelo 2 apresentou um bom ajuste. O p (0,245) associado ao χ^2 (16,08) não foi significativo. Além disso, a razão entre o valor de χ^2 e os graus de liberdade (χ^2/gl) foi inferior a cinco (1,23), indicando excelente ajuste. Além disso, o CFI , o GFI e o NFI foram maiores que 0,90, indicando adequação do modelo. O $RMSEA$ apresentou coeficiente menor que 0,05, reforçando o ajuste adequado do modelo (mínimo = 0,00; máximo = 0,06). Os índices de ajuste do Modelo 2 também podem ser visualizados na Tabela 6.

Sobre a estimação da magnitude do efeito dos construtos sobre as variáveis mensuradas, constatou-se que: o item 1 (consequências), o item 5 (identidade), o item 6 (preocupações) e o item 8 (emoções) estiveram significativamente associadas com o Fator 1 (representação emocional); o item 3 (controle individual), o item 4 (controle do tratamento) e o item 7 (compreensão) foram significativamente associadas com o Fator 2 (representação cognitiva). No Modelo 2 não houve correlação significativa entre os Fatores 1 e 2, como pode ser observado na Figura 5. Não ocorreram sugestões nos índices de modificação. O Modelo 2 apresentou um ajuste muito superior ao do Modelo 1, apesar de excluído o componente de representação cognitiva dimensão temporal.

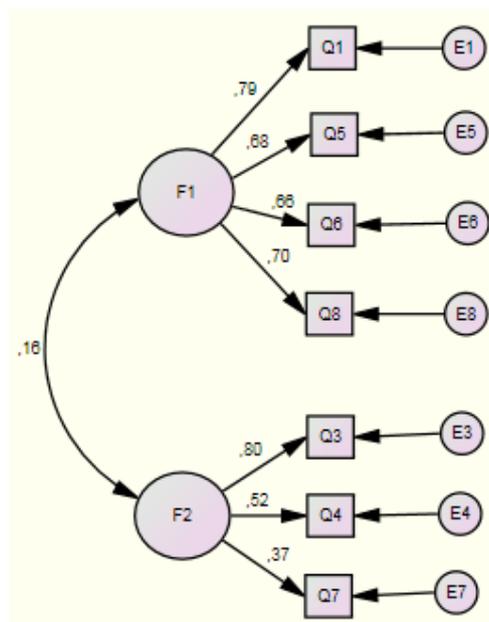


Figura 5. Resultados da AFC do Modelo 2 do Brief IPQ

Tabela 6

Índices de adequação dos modelos testados

Índice	Modelo 1	Modelo 2
χ^2	106,99 (GL=19)	16,08 (GL=13)
p	0,00	0,24
χ^2/ gl	5,63	1,23
GFI	0,92	0,99
CFI	0,81	0,99
NFI	0,79	0,97
RMSEA	0,12	0,03
LO 90	0,09	0,00
HI 90	0,14	0,06

Nota. χ^2 = qui-quadrado; GL = graus de liberdade; P = Probability level; GFI = Goodness-of-Fit Index; CFI = Comparative Fit Index; NFI = Normed Fit Index; RMSEA = Root Mean Square Error of Approximation; LO 90 = mínimo ; HI 90 = máximo.

4.3.4 Validade discriminante.

Para avaliar a capacidade do Brief IPQ para distinguir entre diferentes grupos de doenças crônicas, foram comparados os escores médios de pessoas com HIV/aids, diabetes, hipertensão, psoríase e asma. Para tanto, foi realizada uma ANOVA *one-way* com comparações *post hoc* (Sheffe).

Inicialmente, os pressupostos da ANOVA foram verificados: normalidade, homogeneidade e independência. Apesar de pressupostos inerentes a este teste multivariado terem sido violados (normalidade e homogeneidade), trata-se de um tipo de análise robusta à violação de pressupostos estatísticos quando os tamanhos amostrais são iguais, que é o caso desse estudo.

Assim, os resultados esperados na análise de variância eram que fossem encontradas diferenças estatisticamente significativas entre as médias dos escores de percepção de doença entre

os grupos de doenças crônicas estudadas, por serem condições crônicas com características muito distintas. Constatou-se a ocorrência de diferenças significativas entre os escores médios de percepção de doença entre os grupos das diferentes enfermidades investigadas ($F(4, 319) = 5,78; p < 0,001$). Ocorreram diferenças especificamente entre o grupo de pessoas com HIV/aids ($M = 34,3$), se comparados aos grupos de pessoas com diabetes ($M = 43$) e asma ($M = 42,2$), indicando menor percepção de ameaça do primeiro grupo. O grupo de indivíduos soropositivos para HIV não diferiu significativamente quanto à média do escore global de percepção de doença do grupo de pacientes com hipertensão ($M = 39,8$). Pode-se afirmar, com base no procedimento estatístico realizado, que os grupos de pessoas com diabetes, hipertensão, psoríase e asma não diferiram entre si em relação aos escores médios de percepção de doenças. Contudo, com base nas diferenças encontradas entre as médias dos grupos de HIV/aids e diabetes, psoríase e asma, é possível afirmar que a enfermidade tem efeitos sobre a percepção de doença.

Capítulo 5. Discussão

As condições crônicas (doenças crônicas transmissíveis, não transmissíveis e incapacidades estruturais, como cegueira, amputações e transtornos das articulações) constituem problemas de saúde que requerem gerenciamento contínuo. Elas serão a principal causa de incapacidade no mundo até o ano 2020, constituindo, assim, o desafio do século para os gestores de sistemas de saúde. As condições crônicas apresentam algumas características comuns preocupantes: estão aumentando de forma alarmante no mundo e nenhuma nação está imune ao impacto causado por elas. Ademais, representam sérios desafios para os atuais sistemas de saúde no que se refere à eficiência e efetividade, além de ocasionarem consequências econômicas e sociais relevantes, ameaçando os recursos de saúde de cada país. Essas consequências podem, no entanto, ser minimizadas quando os líderes dos governos e da área de saúde adotarem mudanças e inovações (Organização Mundial de Saúde, 2002).

Diante do impacto socioeconômico em diversas nações e no funcionamento biopsicossocial de indivíduos acometidos por enfermidades crônicas, pesquisadores e profissionais, incluindo psicólogos da saúde, têm concentrado esforços com o intuito de compreender melhor os fatores de risco para o desenvolvimento e agravamento de condições crônicas, bem como os fatores de proteção que favoreçam sua prevenção e controle. Assim, é de extrema relevância a identificação de características sociodemográficas, aspectos cognitivos (crenças disfuncionais mantenedoras de comportamentos de risco, como “isso não vai acontecer comigo”) e comportamentais (como o ato de fumar e manutenção de hábitos alimentares não saudáveis) que possam estar associados à ocorrência e piora de enfermidades, de modo a direcionar o trabalho de profissionais de saúde nos níveis primário, secundário e terciário de atenção (Organização Mundial de Saúde, 2002; Miyazaki, Domingos & Caballo, 2001).

Para compreender melhor fatores envolvidos no processo saúde-doença, pesquisadores e profissionais tem desenvolvido estudos de tradução e padronização de instrumentos estrangeiros, bem como a construção de instrumentos brasileiros, com a proposta de avaliar variáveis psicológicas e sociais de pacientes com condições crônicas. No Brasil, existe uma carência de instrumentos de avaliação específicos para a área da saúde voltados para aspectos psicossociais e defende-se que a disponibilização desse tipo de ferramenta contribua de maneira relevante para a prática profissional, especialmente a do psicólogo da saúde (Duarte et al., 2003). A percepção de doenças tem se mostrado, especialmente em estudos internacionais, uma importante variável psicológica a ser investigada, por existir indícios de sua associação com adesão ao tratamento, estado emocional, enfrentamento e qualidade de vida (Aalto et al., 2006; Broadbent et al., 2006; Quiceno & Vinaccia, 2010; Petrie & Weinman, 2006; Weinman & Petrie, 1997). Contudo, no Brasil não foram encontrados instrumentos traduzidos e validados para avaliar esse construto.

5.1 Tradução e Adaptação Cultural do *Brief IPQ*

A tradução e adaptação cultural de um instrumento estrangeiro é uma tarefa complexa, que deve idealmente seguir alguns procedimentos recomendados pela literatura: traduções realizadas por pelo menos dois tradutores independentes, o que favorece um alto nível de qualidade do trabalho, reduzindo a probabilidade de erros e de interpretações divergentes de itens ambíguos na versão original; realização de estudo piloto para verificar possíveis dificuldades de compreensão da população alvo da versão traduzida; avaliação do trabalho por profissionais de saúde que lidam com a(s) doença(s) foco de investigação; e realização da retrotradução ou *back-translation*, que tem se mostrado um recurso capaz de ajudar a aumentar a qualidade da versão final, principalmente se os tradutores são fluentes em ambos os idiomas (Duarte et al., 2003; Giusti & Befi-Lopes, 2008; Pacheco-Huergo et al., 2011).

No presente estudo, todas as etapas recomendadas por estudiosos da área foram seguidas. Não foram identificadas quaisquer dificuldades na realização da tradução, seja pelas pesquisadoras, seja pelos tradutores envolvidos na atividade. Todavia, o estudo piloto apontou para a necessidade de adaptações culturais na tradução da versão original em inglês, o que também ocorreu com Pacheco-Huergo et al. (2011) em seu estudo de adaptação do *Brief IPQ* e do *IPQ-R* para a cultura espanhola. Tal como no presente estudo, eles conduziram o trabalho da maneira recomendada e atribuíram as diferenças encontradas entre a versão traduzida e a original à necessidade de alterações identificadas durante o estudo piloto, realizadas com o propósito de melhorar a compreensão do instrumento. Esses estudiosos também optaram por conservar essencialmente a tradução original e incluir entre parênteses esclarecimentos sobre palavras que poderiam não ser adequadamente compreendidas (como no item 5, que incluiu a definição da palavra sintomas na versão final). No estudo de Pacheco-Huergo et al. (2011), pessoas mais jovens e com o nível educacional e socioeconômico mais elevado não tiveram dificuldades no preenchimento do instrumento, o que também foi observado nessa investigação.

Em relação ao tempo despendido para preenchimento do *Brief IPQ*, observou-se que os participantes em geral precisaram de cerca de dez minutos para realizá-lo, sustentando os argumentos de Broadbent et al. (2006) ao assinalar que se trata de um instrumento rápido para completar, favorecendo a aplicação especialmente em pessoas muito doentes ou quando o tempo é restrito para realizar uma avaliação. Os autores da versão original do questionário também afirmaram que se trata de um instrumento de fácil compreensão, o que vai ao encontro com os achados dessa etapa da investigação, pois a maioria dos participantes negou dificuldades para preencher o questionário e fizeram avaliações muito positivas do mesmo.

Os profissionais de saúde que avaliaram a versão traduzida do *Brief IPQ* também fizeram afirmações que ressaltaram a relevância do questionário: útil, objetivo, rápido para completar e com escala numérica de fácil compreensão. Ressalta-se que foram apontadas possíveis dificuldades de pessoas com nível de escolaridade baixo, o que poderia acarretar a necessidade de auxílio

profissional durante a realização da tarefa. Contudo, ignorar populações com baixa escolaridade, em geral majoritárias nos serviços de saúde, poderia levar o pesquisador a conclusões equivocadas, limitando generalizações e o uso do instrumento (Borges & Pinheiro, 2002). Tal fato reforça a importância da realização de adaptações culturais, com o intuito de tornar o instrumento o mais compreensível possível para a população que irá utilizá-lo, sem corromper as suas características originais.

Ressalta-se que houve dificuldade para encontrar informações específicas sobre o processo de validação linguística do *Brief* IPQ, barreira também compartilhada por Pacheco-Huergo et al. (2011). Segundo esses estudiosos, não foram encontradas informações suficientes do processo de validação linguística do IPQ-R e do *Brief* IPQ em populações com idiomas diferentes das versões originais (inglês), que permitissem comparar satisfatoriamente os resultados encontrados na adaptação para a cultura espanhola e no presente estudo.

Destaca-se que há uma versão traduzida para o português (Portugal) disponível no sítio www.uib.no/ipq/. Todavia, acredita-se que essa versão não é adequada para a utilização em pesquisa e na prática de psicólogos da saúde no Brasil, pois os procedimentos utilizados para a tradução do inglês para o português não foram informados. Ademais, existem diferenças culturais que devem ser consideradas no processo de tradução e adaptação de instrumentos estrangeiros, mesmo quando se trata da mesma língua.

Considerando que foram seguidas rigorosamente todas as etapas sugeridas pela literatura sobre o procedimento de tradução e adaptação de instrumentos estrangeiros, a versão final do *Brief* IPQ foi considerada compatível e adequada do ponto de vista linguístico e cultural para avaliar a percepção de doenças em pessoas que possuem enfermidades crônicas no Brasil.

5.2 Dados Sociodemográficos, Médico-clínicos e de Percepção de Doenças

Em relação aos dados de caracterização da amostra global houve predomínio de pessoas do sexo feminino (59,9%). Estudos epidemiológicos realizados no país registraram uma maior prevalência de doenças crônicas não transmissíveis – como diabetes, hipertensão e asma – em mulheres (Barros, César, Carandina & Torre, 2006; Pierin, Mion Júnior, Fukushima, Pinto & Kaminaga, 2001). No presente estudo, observaram-se os percentuais de 66,2%, 66,2% e 68,8% respectivamente, de pessoas do sexo feminino acometidas por essas enfermidades. Houve também um maior número de mulheres no grupo de psoríase. Todavia, especialistas da área afirmam que se trata de uma doença que acomete igualmente os dois sexos (Figueiredo, 2010). Já em relação ao HIV, existe uma maior prevalência de homens soropositivos, dado que corrobora os achados desse estudo, que revelaram 66,2% de participantes do sexo masculino. Ressalta-se que a principal via de transmissão do HIV é por contato sexual e, desde o início da epidemia, homossexuais masculinos e homens que fazem sexo com homens (HSH) tem sido desproporcionalmente afetados (World Health Organization, 2011).

Em relação ao nível de escolaridade, estudos sustentam que há uma tendência à correlação dessa variável com a situação socioeconômica, avaliada pela renda familiar. Assim, níveis educacionais mais baixos estão frequentemente associados com rendas mais reduzidas (Organização Mundial de Saúde, 2002). Na amostra global, a maior frequência foi de pessoas com ensino fundamental incompleto (35,8%) e com renda familiar de até três salários mínimos (67,7%), o que também foi observado nos grupos por doença, exceto naquele referente ao HIV/aids no qual houve uma maior porcentagem de pessoas com ensino médio completo (30,8%), mas sem diferenças em relação à renda predominante nos outros quatro grupos.

Segundo a Organização Mundial de Saúde (2002), pessoas que vivem em extrema pobreza (com menos de um dólar por pessoa/dia) são mais acometidas por problemas de saúde se comparados aos indivíduos com situações financeiras mais favoráveis. Essa situação pode ser exemplificada na área do HIV/aids que afeta desproporcionalmente pessoas pobres. Além disso, pessoas com renda familiar precária correm o risco de empobrecer ainda mais quando enfrentam problemas de saúde, instalando-se um círculo vicioso de pobreza e saúde precária, já que o desenvolvimento de uma doença pode resultar em capacidade reduzida para o trabalho e baixa produtividade. Tal tendência parece ter sido observada nessa investigação, considerando que houve maior predomínio de pessoas que não estavam trabalhando no momento da entrevista (56,6%). Todavia, os grupos de soropositivos e com diagnóstico de psoríase apresentaram maior frequência de indivíduos ativos em relação às atividades laborais, o que pode ser explicado pelas próprias características dessas doenças. Após o advento da terapia antirretroviral (TARV), em 1996, ocorreram grandes avanços no tratamento da aids, pois ela retarda o desenvolvimento da doença por meio da supressão viral, propiciando a restauração do sistema imunológico, com a redução da morbimortalidade e melhora da qualidade de vida, permitindo a manutenção das atividades laborais (Alencar et al., 2008; Ministério da Saúde, 2008). Já em relação à psoríase, apesar do comprometimento estético, não há restrições que impeçam as pessoas que possuem essa enfermidade de trabalhar (Associação Brasileira de Psoríase, 2010). Outra característica que difere as pessoas com psoríase e aquelas com HIV/aids dos demais grupos estudados refere-se à idade, nos quais foram encontradas as menores médias (40,92 e 43,97, respectivamente). O HIV/aids acomete predominantemente pessoas com idade entre 15 e 49 anos, faixa etária que contribui com 62% para a força de trabalho formal no mundo (Organização Mundial do Trabalho, 2002). A psoríase geralmente é diagnosticada entre 20 e 40 anos (Associação Brasileira de Psoríase, 2010). Assim, o diagnóstico de ambas as enfermidades ocorre em indivíduos em idade produtiva, mas sem limitar, na grande maioria das vezes, as atividades profissionais e ocupacionais.

Ao contrário, a prevalência de diabetes e hipertensão aumenta com a idade, sendo mais comum em adultos e idosos (Barros, et al., 2006; Pierin et al., 2001; Sousa, 2003), como observado nessa investigação na qual as maiores médias de idade foram de pessoas com essas enfermidades (56,6 e 56,17, respectivamente). Já a asma é mais frequente no Brasil em pessoas com até nove

anos de idade e em pessoas com mais de 50 anos (Barros, et al., 2006). Nesse estudo participaram pessoas acima de 18 anos de idade, mas os dados foram compatíveis no que tange à maior prevalência de asma em indivíduos com mais de 50 anos.

Uma outra variável sociodemográfica investigada foi a situação conjugal, na qual constatou-se que 61,1% dos participantes do estudo possuíam companheiro(a), dado também observado nas enfermidades analisadas separadamente. Estudos ressaltam que pessoas com companheiro(a) possuem melhor condição de saúde, pois este pode constituir uma importante fonte de apoio social para pessoas que vivem com doenças crônicas (Cockerham, conforme citado por Ramos, 2002).

Outra possível fonte de apoio social pode estar vinculada a práticas religiosas, muito frequentes na cultura brasileira, como observado nesse estudo, no qual 88% das pessoas tinham alguma crença religiosa vinculada a uma doutrina específica, característica comum aos cinco grupos de doença investigados. Segundo Peres, Arantes, Lessa e Caous (2007), muitos estudos demonstraram associação positiva entre espiritualidade e religiosidade e melhora em variáveis e marcadores de doenças crônicas. Todavia, crenças religiosas também podem ter um papel negativo, favorecendo uma percepção de doença distorcida e o emprego de estratégias de enfrentamento evitativas, constituindo, assim, um importante foco de avaliação e intervenção psicológica (Faria & Seidl, 2005).

Quanto aos dados médico-clínicos da amostra global e por grupo de enfermidade, a maioria dos participantes tinha mais de seis anos de diagnóstico, o que era esperado em função do caráter persistente das doenças crônicas (Organização Mundial de Saúde, 2002). Cerca de dois terços dos participantes negaram internações por causa da doença na amostra global. Apenas no grupo de indivíduos com asma ocorreu uma maior porcentagem de relatos de internações. Segundo dados do DATASUS, referentes ao ano de 2002, ocorreram 350.000 internações decorrentes dessa doença, sendo registrada uma queda para 192.601 em 2010, que pode ser atribuída principalmente à ampliação de acesso a medicamentos e a políticas públicas de atenção básica do Ministério da Saúde (Ministério da Saúde, 2004b; Semerene, 2011). Sobre a presença de comorbidades, a maioria dos participantes revelou que tinha outra(s) doença(s), o que era esperado. Segundo Grumbach (2003), muitos pacientes com doenças crônicas possuem outras enfermidades, sendo comum a presença de combinação de agravos crônicos. Estudiosos também revelaram que pessoas com enfermidades crônicas têm 41% a mais de chance de desenvolver transtornos psicológicos (como depressão) do que aquelas não acometidas (Katon & Ciechanowski, 2002; Wayne & Sullivan, 1990).

A adesão às recomendações médicas também foi investigada no questionário médico-clínico. O tratamento medicamentoso foi o mais mencionado pelas pessoas dos grupos de HIV/aids, diabetes e hipertensão; em indivíduos com diagnóstico de psoríase e de asma predominou o uso de medicamentos combinados com outros tratamentos. Contudo, a descontinuidade do tratamento é um problema observado na maioria das doenças crônicas que requerem cuidados permanentes

(Pierin et al., 2001). Segundo Moraes, Rolim e Costa Júnior (2009), alguns estudos indicam estimativas de adesão de sete a 85% em relação às recomendações efetuadas pelos profissionais de saúde. Todavia, cerca de 50 a 60% dos pacientes tendem a não seguir as orientações quando estas envolvem mudanças nos hábitos de vida. No presente estudo, os níveis de adesão foram elevados: 86,2% para pessoas com HIV/aids e diabetes, 80% para hipertensão, 61,5% para psoríase e 71,8% para asma. Acredita-se que esses resultados se devem à forma utilizada para obter a informação sobre adesão (excessivamente simples e autorreferida), o que pode ter levado os pacientes a superestimar sua adesão (Leite & Vasconcellos, 2003).

A análise dos resultados referentes à avaliação de estado geral de saúde revelou que a maioria dos participantes da amostra global e em todos os grupos de doença fizeram uma avaliação muito positiva do mesmo. Um estudo realizado em São Paulo com pessoas maiores de 60 anos revelou que mais da metade dos participantes (53,8%) fez uma avaliação de má a regular da sua saúde, ao contrário dos resultados encontrados nessa pesquisa. Contudo, resultados semelhantes aos da presente investigação foram observados em Buenos Aires e Montevideu (Lebrão & Duarte, 2003). Acredita-se que a percepção mais positiva do estado geral de saúde possa ser decorrente da participação de pessoas mais jovens e de adultos nesse estudo, não apenas da população idosa, bem como pode ser explicada pelo fato de pessoas que possuem doenças crônicas, como o HIV e psoríase, não terem grandes prejuízos do ponto de vista funcional, especialmente quando seguem adequadamente as orientações médicas.

Foram encontradas associações estatisticamente significativas somente entre percepção de doenças e as variáveis renda, número de internações e avaliação do estado geral de saúde. Tais associações foram consideradas coerentes, tendo em vista que pessoas de baixa renda tinham uma percepção maior de ameaça da doença; aquelas que relataram um número maior de internações tiveram uma percepção maior de ameaça imposta pela enfermidade; e os indivíduos com melhor avaliação do estado geral de saúde tenderam a uma menor percepção de ameaça. Acredita-se que a associação entre baixa renda e maior percepção de ameaça da doença pode ser explicada pelo fato da amostra ter sido constituída de pessoas que, muitas vezes, não tem condições econômicas de seguir as recomendações médicas como indicado, por exemplo, no que tange à alimentação ou a compra de determinados medicamentos, o que pode estar associado a uma maior percepção de vulnerabilidade diante da condição de enfermidade. Contudo essa associação merece ser melhor investigada, já que não foram encontrados resultados na literatura sobre a mesma. Sobre a relação entre percepção de doença e avaliação do estado de saúde em pessoas com doenças cardíacas coronarianas. Aalto et al. (2006) observaram existência de relação entre maior percepção de ameaça da doença e uma avaliação mais pobre do estado geral de saúde, como no presente estudo.

A análise da média do escore global de percepção de doença revelou predomínio de pessoas com uma maior percepção de ameaça, o que ocorreu na análise por grupo, exceto no que tange à amostra de pessoas soropositivas. O grupo de pessoas que vivem com HIV/aids apresentou uma

percepção de doença menos centrada na ameaça, o que pode ser explicado pelo fato de receberem atendimento psicossocial em um programa de referência especializado no tratamento de pessoas soropositivas, tipo de serviço não disponível para pessoas acometidas pelos demais agravos investigados. Tal achado remete à eficiência do serviço prestado na instituição na qual foi realizado o estudo, reforçando a importância da implementação de programas de atendimento psicossocial para os outros agravos. Contudo, sugere-se pesquisas que avaliem o impacto desse tipo de assistência na percepção de doença de pessoas com doenças crônicas em outras unidades de saúde e com outras populações, procurando identificar quais as variáveis envolvidas e os tipos de intervenções que mais contribuem para uma percepção de doença menos centrada na ameaça.

Em relação à percepção de causalidade das enfermidades, constatou-se que pessoas com HIV/aids fizeram atribuições predominantemente coerentes com aquelas descritas na literatura: práticas associadas a comportamentos sexuais de risco (Brito, Castilho & Szwarcwald, 2000; World Health Organization, 2006; World Health Organization, 2011). No entanto, identificou-se pessoas que revelaram crenças que poderiam ser alvo de intervenções psicológicas, tanto pela necessidade de psicoeducação quanto pela presença de cognições que poderiam levar à manutenção de comportamentos de risco ou sofrimento emocional, tais como falta de informação, percepção de invulnerabilidade, culpabilização da família, entre outras.

Já sobre o diabetes, as causas mencionadas em maior frequência foram consideradas corretas com base em estudos realizados sobre os fatores de risco para o desenvolvimento da doença (Ortiz & Zanetti, 2001), como alimentação/excesso de açúcar, fatores emocionais, hereditariedade, sedentarismo e obesidade. Sousa (2003) encontrou as mesmas três primeiras atribuições causais feitas por pessoas com diabetes em seu estudo. As atribuições causais foram predominante coerentes segundo Zagury, Zagury e Guidacci (conforme citado em Ortiz & Zanetti, 2001), ao sustentar que o diabetes é causado por fatores hereditários e ambientais, podendo funcionar como precipitadores da enfermidade: obesidade, infecções bacterianas e viróticas, traumas emocionais, gravidez, cirurgias, estresse, alimentação rica em carboidratos, menopausa e certos medicamentos. Contudo, a maioria dos participantes teve uma percepção de doença mais centrada na ameaça, apesar da baixa frequência de crenças disfuncionais acerca de suas causas. Ressalta-se, assim, a relevância da disponibilização de atendimento psicológico para essa população.

Da mesma forma, no grupo de pessoas com hipertensão houve uma alta frequência de atribuições causais a aspectos emocionais, seguidas de causas como: alimentação/excesso de sal, hereditariedade e condições de saúde associadas, sedentarismo, idade, falta de acompanhamento médico. Jardim et al. (2007) conduziram um estudo no centro-oeste do Brasil e encontraram associação entre hipertensão e excesso de peso, bem como com a idade. Outros fatores de risco são apontados por Stamler (1991), como uso excessivo de sal, desequilíbrio calórico e obesidade. Contudo, estudiosos realizaram uma revisão de literatura no qual investigaram a relação entre aspectos emocionais e a hipertensão: os resultados indicaram inconsistência nos achados que

relacionam os fatores emocionais com a hipertensão arterial e cardiopatias (Fonseca, Coelho, Nicolato, Malloy-Diniz & Silva Filho, 2009). Esses autores encontraram tanto estudos que indicaram relação positiva com raiva, hostilidade, ansiedade, impulsividade e estresse, quanto investigações que revelaram relações negativas entre essas variáveis e a hipertensão. Assim, em função da falta de consenso na literatura sobre a relação entre hipertensão e fatores emocionais, considerou-se que a maioria dos participantes fizeram atribuições causais coerentes. Todavia, algumas afirmações foram consideradas preocupantes por remeterem à falta de conhecimento sobre a enfermidade, sugerindo a necessidade de intervenções educativas, por exemplo: “acidente de automóvel e moto”, “demora no nascimento”, “ineficiência do sistema de saúde da minha região” e “mosca de água de rio”.

Em relação à psoríase, as causas mais citadas relacionadas ao surgimento da doença foram: fatores emocionais, como estresse, raiva, depressão e ansiedade; seguidos de hereditariedade, infecções de garganta, alterações no sistema imunológico, alergias e clima. De acordo com a Associação Brasileira de Psoríase (2010), trata-se de uma doença multifatorial que inclui os seguintes fatores na sua etiologia: hereditariedade, reações a alguns medicamentos, infecção prolongada, ferimentos na pele e principalmente o estresse. Ainda ressaltam que é comum o surgimento da psoríase associado a crises emocionais enfrentadas pelos pacientes, reforçando a importância da disponibilização de acompanhamento psicológico para essa população. Considerou-se que as pessoas do grupo de psoríase fizeram atribuições causais condizentes com o conhecimento científico sobre sua etiologia.

No grupo referente à asma, as causas predominantemente mencionadas foram: mofo, ácaro e poeira; cigarro/fumaça; hereditariedade; clima; tomar chuva, friagem, sereno e usar roupa molhada; causas emocionais; ausência de tratamento no início da doença; produtos químicos; alergia; pêlo de animais; ambiente de trabalho fechado/insalubre; e falta de cuidado dos pais na infância. Houve pessoas que fizeram atribuições evidentemente distorcidas, como: alimentação, ingestão insuficiente de água, “levantava muito cedo”, “antigo sistema hospitalar ruim”, “pó de farinha de trigo”, entre outras. Especialistas na área afirmam que alérgenos domiciliares representam importantes fatores causais na asma, como: poeira, mofo, ácaro, pêlo de animais, irritantes químicos (desinfetantes, ceras, amaciantes, perfumes, etc.), fumaça de cigarro e outros poluentes (Jentsch, Camargos & Melo, 2002). As causas mais mencionadas foram condizentes com o conhecimento difundido sobre sua etiologia, mas foram também identificadas interpretações errôneas, que podem ser foco de intervenção de profissionais, em especial do psicólogo da saúde.

Houve um número expressivo de indivíduos que não conseguiram fazer três atribuições causais à doença, seja por falta de informação ou por crenças rígidas em relação à etiologia da sua condição. Mesmo assim, recomenda-se que a versão traduzida e adaptada para cultura brasileira mantenha a resposta à questão causal na modalidade aberta, para dar conta da diversidade de atribuições sobre a origem da enfermidade.

5.3 Validação do *Brief IPQ*

Conforme descrito, o processo de validação do *Brief IPQ* envolveu a realização de análise fatorial exploratória, análise fatorial confirmatória e validade discriminante. Para tanto, foram inicialmente verificados os pressupostos estatísticos inerentes à análise fatorial, sendo os mesmos atendidos (dados ausentes, *outliers* univariados e multivariados, tamanho da amostra, linearidade, multicolinearidade e singularidade), com exceção da normalidade. De acordo com Hair et al. (2009), os desvios de normalidade aplicam-se somente porque eles diminuem as correlações observadas. Segundo o autor, amostras com 200 observações ou mais reduzem o efeito nocivo da não-normalidade, podendo os desvios nesse pressuposto serem negligenciados. Ademais, a violação do mesmo era esperada em função da amostra ser constituída por pessoas com diferentes doenças crônicas, e pelo fato da percepção de doença constituir um construto que tende a variar com base na experiência individual, o que justifica a grande variabilidade encontrada nas respostas aos itens do questionário. Em suma, as exigências específicas para a realização da análise fatorial foram atendidas, no que tange à fatorabilidade da matriz.

Foi, então, realizada a análise fatorial exploratória (PCA) que revelou uma estrutura com três fatores (amostra global). Como indicado por Hair et al. (2009), a estabilidade da estrutura fatorial foi verificada por meio de análises de subamostras (partição aleatória e grupos de doenças), sendo sustentada. As análises de subamostras referentes aos grupos de doenças revelaram pequenas variações no agrupamento de componentes de representação cognitiva nos Fatores 2 e 3. Moss-Morris et al. (2002) argumentam que a estrutura fatorial de medidas de percepção de doença podem variar em razão das características da amostra estudada, o que foi observado, mas acredita-se que esse aspecto merece ser melhor examinado em futuras investigações.

Os fatores extraídos corresponderam à representação emocional (Fator 1), representação cognitiva (Fator 2) e percepção de temporalidade (Fator 3). Com base na estrutura do instrumento, no qual cada item corresponde a um componente de representação da doença (cognitiva ou emocional), esperava-se que eles se agrupassem de acordo com o modelo teórico de Leventhal, o que ocorreu parcialmente. No Fator 1 agruparam-se dois itens de representação emocional (preocupação e emoções) e dois itens de representação cognitiva (consequências e identidade). Acredita-se que esses dois componentes de representação cognitiva, após o processo de tradução e adaptação cultural passaram a ter uma conotação mais voltada para a representação emocional em função das palavras “afeta” (“Quanto a sua doença afeta a sua vida?”) e “sente” (“Quanto você sente sintomas da sua doença?”), o que justificaria a união de componentes conceitualmente distintos em um único fator.

Os demais itens referentes à representação cognitiva (controle individual, controle do tratamento e compreensão) foram agrupados no Fator 2, com exceção do componente dimensão temporal, resultado parcialmente coerente se comparado à proposta de Leventhal. Não resta dúvida

que compreender a doença, perceber a capacidade de controle sobre a enfermidade e confiar no tratamento fazem sentido como aspectos de representação cognitiva.

Não era esperado que a dimensão temporal não se uniria aos demais componentes de representação cognitiva e formaria sozinho um terceiro fator, apesar que, estudos prévios com outras versões do IPQ revelaram que o componente dimensão temporal tem se mostrado problemático (Horne conforme citado por Moss-Morris et al., 2002). Investigações conduzidas com o IPQ original evidenciaram cargas fatoriais inferiores ao desejável em relação a esse componente, sendo ressaltada a necessidade do aumento no número de itens para avaliá-lo, bem como a inclusão de questões para mensurar crenças sobre a dimensão cíclica de doenças, alterações realizadas no IPQ-R, mas não contempladas na versão breve (Moss-Morris et al., 2002).

Os três fatores extraídos da PCA revelaram-se válidos, em decorrência das boas cargas fatoriais de seus itens (todas maiores que 0,60). A consistência interna do *Brief* IPQ foi considerada aceitável ($\alpha = 0,64$), bem como dos fatores Fator 1 e 2 ($\alpha = 0,80$ e $\alpha = 0,52$, respectivamente). Kline (1998) defende que o valor do *alpha* mais comumente aceito para testes cognitivos (como testes de inteligência) é 0,80 e para testes de habilidade o mais adequado é um ponto de corte de 0,70. Porém, este estudioso afirma que quando se trata de construtos psicológicos, valores abaixo de 0,70 podem ser esperados, por causa da diversidade dos conceitos que estão sendo medidos. Não foi possível verificar o *alpha* do Fator 3 por ele ser constituído de um único item.

As limitações do instrumento observadas na ACP reforçaram a relevância quanto à realização da AFC para verificar qual modelo possuía a melhor solução fatorial: Modelo 1 (baseado teoricamente no Modelo de Autorregulação de Leventhal com dois fatores); ou o Modelo 2 (revelado empiricamente no estudo, com três fatores, sendo o Fator 3 excluído na AFC). O Modelo 2 apresentou melhor ajuste.

Contudo, os resultados referentes à AFC foram diferentes dos encontrados por Bazzazian e Besharat (2010) que investigaram a confiabilidade e a validade da versão persa do *Brief* IPQ. De acordo com esses pesquisadores, a AFC sustentou oito fatores na estrutura da escala, resultados que não foram discutidos pelos autores provavelmente devido à escassez de estudos que avaliam as propriedades psicométricas do instrumento. Os resultados encontrados na investigação iraniana são inusitados, considerando que fatores com um único item não são desejáveis. Entende-se que a estrutura fatorial encontrada seria coerente com o IPQ-R que possui mais de 50 itens, não com o *Brief* IPQ que possui oito itens. Ressalta-se ainda que no artigo de validação do *Brief* IPQ em língua inglesa (Broadbent et al., 2006) não foi apresentada a estrutura fatorial do instrumento, sendo revelados apenas os resultados das análises de confiabilidade teste-reteste, validade concorrente, validade preditiva e validade discriminante. A ausência de informações sobre a estrutura fatorial do *Brief* IPQ foi um fator limitante para a adequada discussão dos resultados encontrados em relação à ACP e AFC no presente estudo.

Ressalta-se que a ACP e a AFC indicaram que a dimensão temporal é uma variável problemática que precisa ser melhor estudada. Assim, são necessárias pesquisas que avaliem reestruturações nesse componente, já que ele não tem se mostrado satisfatório empiricamente, existindo indícios nesse estudo de que a dimensão temporal não constitui um elemento de representação cognitiva da doença, contradizendo o Modelo de Autorregulação de Leventhal. Outra limitação do item que avalia a dimensão temporal refere-se à necessidade de alterar sua pontuação de acordo com o contexto no qual será utilizado, por exemplo, em casos de doenças/condições agudas ou crônicas. É esperado que pessoas com quadros ou enfermidades agudas percebam a sua doença como sendo de curta duração e assinalem os números próximos a zero em uma escala de 0-10. Ao contrário, é desejável que pessoas com doenças crônicas assinalem os números mais próximos de dez, considerando que são doenças que tendem a durar “para sempre”. Assim, uma pessoa que tem uma doença crônica e assinala dez na escala está sendo realista e não apresenta distorções cognitivas em relação a esse componente. Já uma pessoa que nesse caso marca números próximos de zero, acreditando que sua condição crônica será de curta duração poderá ter uma percepção de doença menos centrada na ameaça, mas contraditoriamente apresenta crenças disfuncionais sobre a temporalidade que podem passar despercebidas caso seja focado apenas o escore global de percepção de doença. Acredita-se que uma possível solução para esse problema poderia ser a realização de recodificação da escala numérica quando a população a ser investigada for constituída de pessoas com enfermidades crônicas. Sugere-se que também sejam incluídas outras questões para avaliar a dimensão temporal com base no IPQ-R que contem seis itens com esse propósito e/ou formular novos itens para avaliar esse componente, de maneira a verificar qual deles é mais confiável e evitar a perda de informações. Em função das limitações referentes a esse componente, reiteradas pelas evidências empíricas, foi realizada sua exclusão do instrumento. A versão validada para a cultura brasileira disponibilizada no Anexo J, portanto, não tem esse item.

A capacidade do *Brief IPQ* para fazer distinção entre a percepção de doenças de diferentes grupos de pessoas com enfermidades crônicas foi sustentada nesse estudo, já que as médias do grupo constituído por indivíduos soropositivos para o HIV diferiu daqueles com diagnóstico de diabetes, psoríase e asma. Acredita-se que, como já mencionado, os pacientes que vivem com HIV/aids tinham acesso a um serviço com atendimento psicossocial, o que pode ter contribuído para que suas médias diferissem significativamente de grupos de pessoas que não tinham acesso a esse tipo de atendimento, o que tende a favorecer uma percepção de doença mais centrada na ameaça em função de crenças disfuncionais sobre a enfermidade, muitas vezes negligenciadas em serviços que não possuem atendimento psicológico. Ressalta-se que nesse estudo optou-se por conduzir a investigação apenas com pessoas com doenças crônicas, mas sugere-se que estudos futuros verifiquem a validade discriminante do *Brief IPQ* também com indivíduos com outras condições não-crônicas, com o intuito de comparar a capacidade do *Brief IPQ* de fazer essa distinção entre grupos de pessoas com doenças crônicas e não-crônicas, como fez Broadbent et al.

(2006). Esses pesquisadores verificaram a validade discriminante do *Brief IPQ* em amostras compostas por pessoas com diabetes, asma, resfriado, que sofreram infarto do miocárdio antes da alta hospitalar e com dor no peito aguardando teste ergométrico. Os resultados foram de acordo com o esperado, sendo reveladas diferenças entre os grupos de pessoas com doenças crônicas e aqueles com outras condições de saúde.

Diante das análises das propriedades psicométricas do *Brief IPQ*, conclui-se que se trata de um instrumento empiricamente válido para avaliar a percepção de doença de pessoas com enfermidades crônicas, sendo um questionário sensível a variações nos grupos de doença estudados. Tais resultados constituem indicadores psicométricos confiáveis, de forma que o instrumento pode ser utilizado, tanto para conduzir investigações empíricas, quanto para orientar intervenções psicológicas no contexto da saúde, em especial cognitivo-comportamentais, abordagem que possui recursos para a reestruturação de crenças disfuncionais e desenvolvimento de novo repertório comportamental associado à doença.

Contudo, algumas limitações do estudo são apresentadas. A utilização de amostra não-probabilística, ou seja, de conveniência, pode ter subestimado a variedade dos integrantes da população, trazendo limitações quanto à representatividade dos dados. Acredita-se que essas limitações potenciais, embora possam restringir os resultados, não invalidam a presente investigação.

Sugere-se o desenvolvimento de estudos sobre *Brief IPQ* em outras regiões do país e com outras populações (pessoas com outras enfermidades crônicas e com doenças agudas) para confirmar tais achados. Ressalta-se, que são escassos os estudos sobre essa temática no Brasil e espera-se com a disponibilização dessa ferramenta contribuir para o aumento de pesquisas na área de saúde.

Capítulo 6. Considerações Finais

As doenças crônicas são responsáveis por elevados índices de morbidade e mortalidade no Brasil e no mundo, estando envolvidos na sua etiologia fatores biopsicossociais. No contexto psicológico, aspectos cognitivos e comportamentais tem um papel importante no desenvolvimento e manutenção de estilos de vida pouco saudáveis que podem precipitar e agravar condições crônicas. Estudiosos tem desenvolvido estudos partindo da relevância de se identificar crenças que podem levar a comportamentos desadaptativos (como o emprego de estratégias de enfrentamento evitativas e a não-adesão a recomendações de profissionais de saúde) e uma percepção de doença mais centrada na ameaça, na qual podem estar implícitas crenças disfuncionais sobre a enfermidade. Assim, considerando a importância da temática percepção de doença para a atuação de profissionais de saúde, especialmente para psicólogos que atuam nesse campo, e diante da relevância da disponibilização de ferramentas para avaliá-la, objetivou-se adaptar e validar o *Brief IPQ* para a cultura brasileira.

A versão traduzida e adaptada para a cultura brasileira do *Brief IPQ* foi considerada compatível e adequada do ponto de vista linguístico e cultural para avaliar a percepção de doenças de pessoas com enfermidades crônicas no Brasil. Contudo, houve dificuldade durante a discussão dos resultados decorrente do número reduzido de estudos sobre validação linguística do *Brief IPQ*, sugerindo a importância de que investigações dessa natureza sejam realizadas.

É possível concluir que a percepção de doenças foi considerada predominantemente mais centrada na ameaça, com exceção do grupo de pessoas que vivem com HIV/aids, o que foi justificado pelo fato desse grupo receber atendimento psicossocial especializado, reforçando a importância de intervenções psicológicas focadas na psicoeducação e na reestruturação de crenças disfuncionais sobre a enfermidade. Em relação à percepção de causalidade da doença, observou-se que a maioria dos participantes do estudo fez atribuições causais coerentes com o conhecimento sobre a etiologia das enfermidades estudadas. Todavia, foram observadas, mesmo que minoritariamente, crenças disfuncionais em relação a esse aspecto que reforçam a importância de avaliação e intervenção psicológica, já que tais distorções podem constituir uma barreira ao desenvolvimento de comportamentos mais adaptativos frente à doença.

A estrutura fatorial encontrada correspondeu parcialmente ao Modelo de Autorregulação de Leventhal. As incompatibilidades foram atribuídas ao processo de tradução e adaptação cultural e à inconsistência do componente dimensão temporal. Sugerem-se estudos para investigar melhor esse componente de representação cognitiva, que foi excluído da versão brasileira do *Brief IPQ* até que novas investigações sejam realizadas e consigam identificar itens alternativos que sustentem empiricamente e teoricamente sua permanência no instrumento.

Na AFC, o modelo encontrado por meio da ACP possuiu um melhor ajuste que o modelo construído com base na estrutura fatorial implícita no Modelo de Autorregulação de Leventhal. A

validade discriminante também foi investigada, sendo sustentada pela capacidade do instrumento de distinguir entre os diferentes grupos de doenças crônicas. Assim, concluiu-se que o *Brief IPQ* é uma medida válida empiricamente para avaliar a percepção de doenças de indivíduos com doenças crônicas no Brasil e que pode ser de grande utilidade na prática de profissionais da saúde, especialmente psicólogos, na identificação e reestruturação de crenças disfuncionais sobre enfermidades. Contudo, a presente investigação apresentou algumas limitações, como: amostra não-probabilística e investigação exclusivamente de doenças crônicas. Desta forma, sugere-se que sejam realizadas pesquisas em outras regiões do país e que investiguem outros agravos crônicos não contemplados nesse estudo, bem como que incluam condições não-crônicas. Espera-se que esse estudo contribua para o aumento do interesse de profissionais de saúde no Brasil sobre a temática percepção de doenças e estimule a produção do conhecimento sobre um assunto tão pouco explorado no país.

Referências

- Aalto, A. M., Aro, A. R., Weinman, J., Heijmans, M., Manderbacka, K., & Elovainio, M. (2006). Sociodemographic, disease status, and illness perceptions predictors of global self-ratings of health and quality of life among those with coronary heart disease: one year follow-up study. *Quality of Life Research, 15*(8), 1307-1322.
- Alencar, T. M. D., Nemes, M. I. B., & Velloso, M. A. (2008). Transformações da “aids aguda” para a “aids crônica”: percepção corporal e intervenções cirúrgicas entre pessoas vivendo com HIV e aids. *Ciência & Saúde Coletiva, 13*(6), 1841-1849.
- American Psychological Association. (2010). Publication manual. Washington: APA.
- Antoniazzi, A. S., Dell’Aglia, D. D., & Bandeira, D. R. (1998). O conceito de coping: uma revisão teórica. *Estudos de Psicologia, 3*(2), 273-294.
- Associação Brasileira de Psoríase. (2010). Combatendo psoríase com informação. Brasília: ABRAPSE.
- Barros, M. B. A., César, C. L. G., Carandina, L., & Torre, G. D. (2006). Desigualdades sociais na prevalência de doenças crônicas no Brasil, PNAD-2003. *Ciência & Saúde Coletiva, 11*(4), 911-926.
- Bazzazian, S., & Besharat. M. (2010). Reability and validity of a Farsi version of the Brief Illness Perception Questionnaire. *Procedia Social and Behavioral Sciences, 5*, 962-965.
- Boot, C. R. L., Heimans, M., Gulden, J. W. J., & Rijken, M. (2008). The role of illness perceptions in labor participation of the chronically ill. *International Archives Occupational Environmental Health, 82*, 13-20.
- Borges, L. O., & Pinheiro, J. Q. (2002). Estratégias de coleta de dados com trabalhadores de baixa escolaridade. *Estudos de Psicologia, 7*, 53-63.
- Brito, A. M., Castilho, E. A., & Szwarcwald, C. L. (2000). AIDS e a infecção pelo HIV no Brasil: uma epidemia multifacetada. *Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical, 34*(2), 207-217.
- Broadbent, E., Ellis, C. J., Thomas, J., Gamble, G., & Petrie. (2009). Can an illness perception intervention reduce illness anxiety in spouses of myocardial infarction patients? A randomized controlled trial. *Journal of Psychosomatic Research, 67*, 11-15.
- Broadbent, E., Petrie, K. J., Main, J., & Weinman, J. (2006). The Brief Illness Perception Questionnaire. *Journal of Psychosomatic Research, 60*, 631-637.
- Cameron, L., & Leventhal. H. (2003). Self-regulation, health, and illness. Em L. Cameron, & H. Leventhal (Orgs.), *The self regulation of health and illness behavior* (pp. 1-13). Nova York: Routledge.

- Chen, S. L., Tsai, J. C., & Lee, W. L. (2009). The impact of illness perception on adherence to therapeutic regimens of patients with hypertension in Taiwan. *Journal of Clinical Nursing*, 18(15), 2234-2244.
- Colleto, M., & Câmara, S. (2009). Estratégias de coping e percepção da doença em pais de crianças com doença crônica: o contexto do cuidador. *Diversitas: Perspectivas em Psicologia*, 5(1), 97-110.
- Dalbeth, N., Taylor, W. J., Chong, J., Leung, W., Chegudi, R., Horne, A., McQueen, F. M., & Petrie, K. (2009). Illness perception in patients with gout. *ACR/ARHP Annual Scientific Meeting*, Philadelphia, USA. Retirado de <http://acr.confex.com/acr/2009/webprogram/Paper10877.html>
- Diefenbach, M. A., & Leventhal, H. (1996). The common-sense model illness representation: theoretical and practical considerations. *Journal of Distress and Homeless*, 5(1), 11-38.
- Duarte, P. S., Miyazaki, M. C. O. S., Ciconelli, R. M., & Sesso, R. (2003). Tradução e adaptação cultural do instrumento de avaliação de qualidade de vida para pacientes renais crônicos (KDQOL-SF™). *Revista da Associação Médica Brasileira*, 49(4), 375-81.
- Faria, J. B., & Seidl, E. M. F. (2005). Religiosidade e enfrentamento em contextos de saúde e doença: uma revisão de literatura. *Psicologia Reflexão e Crítica*, 18(3), 381-389.
- Field, A. (2009). *Descobrimo a estatística usando o SPSS*. Porto Alegre: Artmed.
- Figueiras, M. J., Machado, V. A., & C Alves, N.C. (2002). Os modelos de senso-comum das cefaléias crônicas nos casais: relação com o ajustamento marital. *Análise Psicológica*, 1(XX), 77-90.
- Figueiredo, A. (2010). *Psoríase: as respostas essenciais*. Retirado de <http://www.medipedia.pt/home/home.php?module=artigo&id=79>
- Filipe, A. R. M. (2008). *Pensar e agir para viver melhor: a autorregulação e o coping na adaptação dos indivíduos com diabetes mellitus de tipo II* (Dissertação de mestrado). Retirado de http://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/747/1/17376_Dissertacao_de_mestrado_Pensar_e_agir_para.pdf
- Fonseca, F. C. A., Coelho, R. Z., Nicolato, R., Malloy-Diniz, L. F., & Silva Filho, H. C. (2009). A influência de fatores emocionais sobre a hipertensão arterial. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 58(2), 128-134.
- Fortune, D. G., Richards, H. L., Main, C. J., & Griffiths, C. E. M. (1998). What patients with psoriasis believe about their condition. *Journal of the American Academy of Dermatology*, 39(2), 196-201.
- Fortune, D. G., Richards, H. L., Main, C. J., & Griffiths, C. E. M. (2000). Pathological worrying, illness perceptions and disease severity in patients with psoriasis [Abstract]. *British Journal of Health Psychology*, 5(1), 75-82.

- Giusti, E., & Befi-Lopes, D. M. (2008). Tradução e adaptação transcultural de instrumentos estrangeiros para o português brasileiro (PB). *Pró-Fono Revista de Atualização Científica*, 20(3), 207-210.
- Gonçalves, M. (2011). A direção das pesquisas que correlacionam doenças dermatológicas e aspectos psíquicos. *Psychiatry on line Brazil*, 16(9).
- Griva, K., Myers, L. B., & Newman, S. (2000). Illness Perceptions and self efficacy beliefs in adolescents and young adults with insulin dependent diabetes mellitus [Abstract]. *Psychology & Health*, 15(6), 733-750.
- Grumbach, K. (2003). Chronic illness, comorbidities, and the need for medical generalism. *Annals of Family Medicine*, 1(1), 4-7.
- Hair, J. F., Black, W. C., Babin, B. J., Anderson, R. E., & Tatham, R. L. (2009). *Análise multivariada de dados*. Porto Alegre: Artmed.
- Hirani, S., & Newman, S. P. (2005). Patients' beliefs about their cardiovascular disease. *Heart*, 91, 1235-1239.
- Husain, M. O., Dearman, S. P., Chaudhry, I. B., Rizvi, N., & Waheed, W. (2008). The relationship between anxiety, depression and illness perception in tuberculosis patients in Pakistan. *Clinical Practice and Epidemiology in Mental Health*, 4(4).
- Jardim, P. C. B. V., Gondim, M. R. P., Monego, E. T., Moreira, H. G., Vitorino, P. V. O., Souza, W. K. S. B., & Scala, L. C. N. (2007). Hipertensão arterial e alguns fatores de risco em uma capital brasileira. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, 88(4), 452-457.
- Jentzsch, N. S., Camargos, P. A. M., & Melo, E. M. (2002). Adesão às medidas de controle ambiental na asma. *Revista Brasileira de Alergia e Imunopatologia*, 25(6), 192-199.
- Jessop, D. C., & Rutter, D. R. (2003). Adherence to asthma medications: the role of illness representations. *Psychology and Health*, 18(5), 595-612.
- Joint United Nations Programme on HIV/aids (2011). *World aids day report*. Retirado de http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/unaidspublication/2011/JC22_16_WorldAIDSday_report_2011_en.pdf
- Kaptein, A., Hughes, B. M., Scharloo, M., Fischer, M., Snoei, L., Weinman, J., & Rabe, K. E. (2008). Illness perception about asthma are determinants of outcome. *Journal of asthma*, 45, 459-464.
- Katon, W., & Ciechanowski, P. (2002). Impact of major depression on chronic medical illness. *Journal of Psychosomatic Research*, 53, 859-863.
- Kemppainen, J., Kim-Godwin, R., Reynolds, N. R., & Spencer, V. S. (2008). Beliefs about HIV disease and medications adherence in persons living with HIV/aids in rural southeastern North Carolina. *The Journal of the Association of Nurses in Aids Care*, 19(2), 127-136.
- Kline, R. B. (1998). *Principles and practice of structural equation modeling*. New York: Guilford.

- Lau, R. R., Bernard, T. M., & Hartman, K. A. (1989). Further explorations of common-sense representations of common illnesses. *Health Psychology*, 8(2), 195-210.
- Lebrão, M. L., & Duarte, Y. A. O. (2003). *SABE- saúde, bem-estar e envelhecimento- o projeto sabe no município de São Paulo: uma abordagem inicial*. Brasília: Organização Pan-Americana de Saúde. Retirado de http://www.ciape.org.br/artigos/projeto_sabe.pdf#page=75
- Leite, S. N., & Vasconcelos, M. P. C. (2003). Adesão à terapêutica medicamentosa: elemento para a discussão de conceitos e pressupostos adotados na literatura. *Ciência & Saúde Coletiva*, 8(3), 775-782.
- Leventhal, H., Brissette, I., & Leventhal, E. A. (2003). The common-sense model of self-regulation of health and illness. Em L. D. Cameron & H. Leventhal (Orgs.), *The self-regulation of health and illness behavior* (pp. 42-65). New York, NY: Routledge.
- Lima, A. L. L. M., Wunsch, C. T., Gutierrez, E. B., & Leite, R. M. (1996). Epidemiologia. Em A. L. L. M. Lima, C. R. V. Kiffer, D. E. Uip, M. G. Oliveira & R. M. Leite (Orgs.), *Perguntas e Respostas HIV/aids* (pp. 1-29). São Paulo: Atheneu.
- Ministério da Saúde. (2004a). *Doenças infecciosas e parasitárias: guia de bolso*. Brasília: Departamento de Vigilância Epidemiológica. Retirado de http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_bolso_5ed2.pdf
- Ministério da Saúde. (2004b). *Asma e rinite: linhas de conduta em atenção básica*. Retirado de http://dtr2001.saude.gov.br/editora/produtos/livros/pdf/05_0028_m.pdf
- Ministério da Saúde. (2005). *Guia de vigilância epidemiológica*. Retirado de http://www.prosaude.org/publicacoes/guia/Guia_Vig_Epid_novo2.pdf
- Ministério da Saúde. (2006). *Cadernos de atenção básica. Hipertensão arterial sistêmica*. Retirado de http://www.prosaude.org/publicacoes/diversos/cad_AB_hipertensao.pdf
- Ministério da Saúde. (2008). *Manual de adesão ao tratamento para pessoas vivendo com HIV e aids*. Brasília: Programa Nacional de DST e aids. Retirado de http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_adesao_tratamento_hiv.pdf
- Ministério da Saúde. (2011a). *Boletim epidemiológico aids e DST 2011*. Retirado de <http://www.aids.gov.br/sites/default/files/anexos/publicacao/2011/50652/resumoanalticodossadosboletimepidemiol92824.pdf>
- Ministério da Saúde. (2011b). *Boletim epidemiológico hepatites virais. Secretaria de vigilância em saúde*. Retirado de http://www.aids.gov.br/publicacao/2011/boletim_epidemiologico_hepatites_virais_2011
- Miyazaki, M. C. O. S., Domingos, N. A. M., & Caballo, V. E. (2001). Psicologia da saúde: intervenções em hospitais públicos. Em B. Rangé (Org.), *Psicoterapias cognitivo-comportamentais: um diálogo com a psiquiatria* (pp.463-474). Porto Alegre: Artmed.

- Miyazaki, M. C. O. S., Domingos, N. A. M., Valério, N. I., Souza, E. F., & Silva, R. C. M. A. (2005). Tratamento da hepatite C: sintomas psicológicos e estratégias de enfrentamento. *Revista Brasileira de Terapias Cognitivas*, 1(1).
- Morais, A. B. A., Rolim, G. S., & Costa Júnior, A. L. (2009). O processo de adesão numa perspectiva analítico comportamental. *Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva*, 11(2).
- 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), 1-16.
- Organização Mundial da Saúde. (2002). *Cuidados inovadores para condições crônicas: componentes estruturais de ação*. Retirado de http://whqlibdoc.who.int/hq/2002/WHO_NMC_CCH_02.01_por.pdf
- Organização Mundial da Saúde. (2011). *Doenças não transmissíveis: perfis dos países 2011*. Retirado de http://whqlibdoc.who.int/publications/2011/9789241502283_eng.pdf
- Organização Mundial do Trabalho. (2002). *HIV/AIDS no mundo do trabalho: as ações e a legislação brasileira*. Retirado de <http://pt.scribd.com/doc/61572424/Hiv-Aids-Oit>
- Ortiz, M. C. A., & Zanetti, M. L. (2001). Levantamento dos fatores de risco para diabetes mellitus Tipo 2 em uma instituição de ensino superior. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 9(3), 58-63.
- Pacheco-Huergo, V., Vildrich, C., Pujol-Ribera, E., Cabezas-Peña, C., Núñez, M., Roura-Olmeda, P., Amado-Guirado, E., Núñez, E., Val, J. L. (2011). Percepción em enfermidades crônicas: validación lingüística del Illness Perception Questionnaire Revised y del Brief Illness Perception Questionnaire para la población española. *Atención Primaria*.
- Pasquali, L. (2001). *Técnicas de exame psicológico- TEP: manual*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Pereira, C., Camino, L., & Costa, J. B. (2004). Análise fatorial confirmatória do Questionário de Valores Psicossociais- QVP24. *Estudos de Psicologia*, 9(3), 505-512.
- Peres, M. F. P., Arantes, A. C. L. Q., Lessa, P. S., & Caous, C. A. (2007). A importância da integração da espiritualidade e da religiosidade no manejo da dor e dos cuidados paliativos. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 34(1), 82-87.
- Petrie, K. J., Broadbent, E., & Kydd, R. (2008). Illness perceptions in mental health: issues and potencial application. *Journal of Mental Health*, 17(6), 559-564.
- Petrie, K. J., & Weinman, J. (2006). Why illness perceptions matter? *Clinic Medical*, 6, 536-539.
- Pierin, A. M. G., Mion Júnior, D., Fukushima, J. T., Pinto, A. R., & Kaminaga, M. M. (2001). O perfil de um grupo de pessoas hipertensas de acordo com o conhecimento e gravidade da doença. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 34(1), 11-18.
- Quiceno, J. M., & Vinaccia, S. (2010). Percepción de enfermedad: una aproximación a partir del Illness perception questionnaire. *Psicología desde el Caribe*, 25, 56-83.
- Ramos, M. P. (2002). Apoio social e saúde entre idosos. *Sociologias*, 4(7), 156-175.

- Rees, G., Leong, O., Crowston, J. G., & Lamoureux, E. L. (2010). Intentional and Unintentional nonadherence to ocular hypotensive treatment in patients with glaucoma. *Ophthalmology*, *117*(5), 903-908.
- Reis, J. C., & Fradique, F. S. (2003). Significações sobre causas e prevenção das doenças em jovens adultos, adultos de meia idade e idosos. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, *19*(1), 47-57.
- Remor, E., Milner-Moskovics, J., & Preussler, G. (2007). Adaptação brasileira do “Cuestionario para la Evaluación de la Adhesión al Tratamiento Antiretroviral”. *Revista Saúde Pública*, *41*(5), 685-94.
- Reynolds, N. R., Eller, L. S., Nicholas, P. K., Corless, I. B., Kirksey, K., Hamilton, M. J., Kempainen, J. K., Bunch, E., Dole, P., Wantland, D., Sefcik, E., Nokes, K. M., Coleman, C. L., Rivero, M., Canaval, G. E., Tsai, Y. F., & Holzemer, W. L. (2009). HIV illness representation as a predictor of self-care management and health outcomes. *Aids and Behavior*, *13*(2), 258-67.
- Ross, S., Walker, A., & Macleod, M. J. (2004). Patient compliance in hypertension: role of illness perceptions and treatment beliefs. *Journal of Human Hypertension*, *18*, 607-613.
- Sage, N., Sowden, M., Chorlton, E., & Edeleanu, A. (2008). *CBT for chronic illness and palliative care*. Chichester, England: John Wiley & Sons, Ltd.
- Sampiere, R. H., Collado, C. F., & Lucio, P.B. (2006). *Metodologia de Pesquisa*. São Paulo: MCGrawHill.
- Santos, C., Pais-Ribeiro, J., & Lopes, C. (2003). Adaptação e validação do “Revised Illness Perception Questionnaire” (IPQ-R) em doentes oncológicos. *Arquivos de Medicina*, *17*(4), 136-147.
- Schmidt, M. I., Duncan, B. B., Silva, G. A., Menezes, A. M., Monteiro, C. A., Barreto, S. M., Chor, D., & Menezes, P. R. (2011). Doenças crônicas não transmissíveis no Brasil: carga e desafios atuais. *Saúde no Brasil*, *4*, 61-74.
- Seidl, E. M. F., Melchíades, A., Farias, V., & Brito, A. (2007). Pessoas vivendo com HIV/aids: variáveis associadas à adesão ao tratamento antirretroviral. *Cadernos de Saúde Pública*, *23*(10), 2305-2316.
- Seidl, E. M. F., Zannon, C. M. L. C., & Tróccoli, B. T. (2001). Análise fatorial de uma medida de estratégias de enfrentamento. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, *17*, 225-234.
- Semerene, B. (2011). *Internações por asma reduzem 51% em dez anos*. Retirado de http://portal.saude.gov.br/portal/aplicacoes/noticias/default.cfm?pg=dspDetalheNoticia&id_ar ea=124&CO_NOTICIA=12806
- Silva, K. S., & Silva, E. A. T. (2007). Psoríase e sua relação com aspectos psicológicos, stress e eventos da vida. *Estudos de Psicologia (Campinas)*, *24*(2), 258-266.

- Sluiter, J. K., & Frings-Dresen, M. H. W. (2008). Quality of life and illness perception in working and listed chronic RSI patients. *International Archives of Occupational and Environmental Health*, 81, 495-501.
- Sousa, M. R. M. G. C. (2003). *Estudo dos conhecimentos e representações de doença associados à adesão terapêutica nos diabéticos tipo 2* (Dissertação de Mestrado). Retirado de <http://repositorium.sdum.uminho.pt/handle/1822/668>
- Stamler, J. (1991). Blood pressure and high blood pressure [Abstract]. *Aspects of risk. Hypertension*, 18(3), 95-107.
- Straub, R. O. (2005). *Psicologia da Saúde*. Porto Alegre: Artmed.
- Sumathipala, A., Siribaddana, S., Hewege, S., Sumathipala, K., Prince, M., & Mann, A. (2008). Understanding the explanatory model of the patient on their medically unexplained symptoms and its implication on treatment development research: a Sri Lanka Study. *Biomed Central Psychiatry*, 8(54), 4-10.
- Tabachnick, B. G., & Fidel, L. S. (2001). *Using multivariate statistics*. San Francisco: Allyn & Bacon.
- Wayne, K., & Sullivan, M. D. (1990). Depression and chronic medical illness [Abstract]. *Journal of Clinical Psychiatry*, 51(6), 3-11.
- Weinman, J., & Petrie, K. J. (1997). Illness perceptions: a new paradigm for psychosomatics. *Journal of Psychosomatic Research*, 42(2), 113-116.
- Weinman, J., Petrie, K. J., Moss-Morris, R., & Horne, R. (1996). *The Illness Perception Questionnaire: a new method for assessing the cognitive representation of illness*. *Psychology and Health*, 11, 431-435.
- Wikman, A., Marklund, S., & Alexanderson, K. (2005). Illness, disease, and sickness absence: an empirical test of differences between concepts of ill health. *Journal Epidemiology Community Health*, 59, 450-454.
- World Health Organization. (2006). *Aids epidemic update*. Retirado de <http://books.google.com.br/books?hl=ptBR&lr=&id=q2H0bWY1pUC&oi=fnd&pg=PP7&dq=hiv&ots=o8WxocfHFE&sig=3Yma1IR6P3FuxKA7gN5cCWS9o#v=onepage&q=hiv&f=false>
- World Health Organization. (2011). *Prevention and treatment of HIV and other sexually transmitted infections among men who have sex with men and transgender people*. Geneva, Switzerland: HIV/aids Programme. Retirado de http://whqlibdoc.who.int/publications/2011/9789241501750_eng.pdf
- Zimmerman, B. J. (2000). Attaining self-regulation: a social cognitive perspective. Em M. Boerkaerts, P. R. Pintrich & M. Zeidner (Orgs.), *Handbook of self-regulation* (pp. 13-35). Retirado de http://books.google.com.br/books?hl=pt-BR&lr=&id=rv3DZS im6z4C&oi=fnd&pg=PT1&dq=self+regulation+concept&ots=tZvcA9BYUe&sig=_14VXSJ_NAksTVWkc_QT_uNyKoo#v=onepage&q=self%20regulation%20concept&f=false

Živković, M. V., Buljan, M., Blajić, I., & Šitum, M. (2008). Psychological status and illness perceptions in patients with melanoma. *Collegium Antropological*, 32(2), 75-78.

Anexos

Anexo A. Questionário Sociodemográfico

1. Nome:
2. Sexo
 Masculino Feminino
3. Idade:
4. Qual a sua situação conjugal atual?
 Possui companheiro(a)- casado(a) ou união estável
 Não possui um companheiro- solteiro(a), separado(a), divorciado(a) ou viúvo(a)
5. Qual a sua escolaridade?
 Ensino Fundamental Incompleto
 Ensino Fundamental Completo
 Ensino Médio Incompleto
 Ensino Médio Completo
 Ensino Superior Incompleto
 Ensino Superior Completo
6. Qual a sua situação ocupacional no momento?
 Trabalhando
 Não trabalhando: motivo a doença outro(s)
7. Qual a sua renda familiar?
 Até 1 salário mínimo
 Até 3 salários mínimos
 De quatro a seis salários mínimos
 Mais de seis salários mínimos
8. Você se considera uma pessoa religiosa ou espiritualizada?
 sim, tenho religião ou crença numa doutrina específica.
 Qual(is)? _____
 sim, tenho crenças religiosas, mas não relativas a uma religião ou doutrina específica.
 não tenho crenças religiosas nem doutrinas deste tipo.
 outro. O quê? _____

Anexo B. Questionário Médico-Clinico

1. Há quanto tempo você recebeu o diagnóstico da sua doença?

2. Quantas vezes você foi internado em decorrência desta enfermidade? Qual a data da última internação?

3. Você possui outros problemas de saúde além deste?

4. Qual é o tratamento que você está fazendo para esta doença?

5. Na sua opinião você tem seguido o tratamento à risca (por exemplo: tomar medicação no horário indicado, seguir a dieta, fazer atividade física, etc.)? Em caso negativo justificar.

6. Como você avalia seu estado geral de saúde, no momento?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Péssimo

Excelente

Anexo E- Entrevista para avaliação do *Brief IPQ* (versão para profissionais)

1. Qual a sua opinião sobre o questionário? Aponte vantagens e desvantagens.

2. Você acredita que os pacientes terão alguma dificuldade para preencher o instrumento?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Nenhuma
dificuldade

Terão extrema
dificuldade

Justifique

3. Teve alguma questão que você acredita que os pacientes terão dificuldades para compreender? Qual? Justifique.

4. Teve alguma(s) palavra(s) que você acredita que os pacientes terão dificuldade de compreender? Em caso afirmativo, qual?

5. Gostaria de fazer algum comentário sobre o questionário?

Anexo F. *Brief Illness Perception Questionnaire* (Versão Traduzida e Adaptada para a Cultura Brasileira)

Este questionário é sobre o que você pensa sobre a sua doença. Não existe resposta certa ou errada, o que importa é que você escolha a alternativa que melhor represente a maneira como você percebe a sua doença. Por exemplo:

Quanto você acha que é responsável pela sua saúde?										
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Não sou responsável pela minha saúde								Sou totalmente responsável pela minha saúde		

Para a questão acima, caso você pense que tem muita responsabilidade pela sua saúde, mas que não é totalmente responsável por ela, você poderia circular o número 8 ou o número 9, por exemplo. Se você acha que tem pouca responsabilidade pela sua saúde poderia circular o número 1 ou o número 2, e assim por diante.

Da mesma maneira, para as questões a seguir, por favor, circule o número que melhor corresponda ao seu ponto de vista.

<p>1. Quanto a doença afeta a sua vida?</p> <p align="center">0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10</p> <p>Não afeta em nada a minha vida Afeta gravemente a minha vida</p>										
<p>2. Quanto tempo você pensa que a sua doença irá durar?</p> <p align="center">0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10</p> <p>Muito pouco tempo Para sempre</p>										
<p>3. Quanto controle você sente que tem sobre a sua doença?</p> <p align="center">0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10</p> <p>Absolutamente nenhum controle Tenho extremo controle</p>										
<p>4. Quanto você pensa que o tratamento pode ajudar a melhorar a sua doença?</p> <p align="center">0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10</p> <p>Não ajudará em nada Ajudará extremamente</p>										

<p>5. Quanto você sente sintomas (sinais, reações ou manifestações) da sua doença?</p>										
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Não sinto nenhum sintoma						Sinto muitos sintomas graves				
<p>6. Quanto você está preocupado(a) com a sua doença?</p>										
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nem um pouco preocupado(a)						Extremamente preocupado(a)				
<p>7. Até que ponto você acha que compreende a sua doença?</p>										
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Não compreendo nada						Compreendo muito claramente				
<p>8. Quanto a sua doença o(a) afeta emocionalmente? (Por exemplo, faz você sentir raiva, medo, ficar chateado ou depressivo).</p>										
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Não me afeta emocionalmente em nada						Afeta-me muitíssimo emocionalmente				
<p>9. Por favor, liste os fatores mais importantes que você acredita que causaram a sua doença. As causas mais importantes para mim são:</p>										
1ª _____										
2ª _____										
3ª _____										

Muito obrigada por sua colaboração!

Anexo G. Autorização da Autora do *Brief IPQ* para sua Adaptação e Validação para a Cultura Brasileira

Assunto:	Re: adaptation and validation- Brief IPQ
De:	Elizabeth Broadbent (lizbroadbent@me.com)
Para:	grazysousa@yahoo.com.br;
Data:	Terça-feira, 10 de Agosto de 2010 11:02

Dear Graziela

Yes you may.

Kind regards

Liz

On 10/08/2010, at 6:34 AM, Graziela Sousa Nogueira wrote:

Brasília, DF July 20, 2010.

Dear Dr Elizabeth Broadbent,

I hereby request permission to translate, adapt and validate the *Brief Illness Perception Questionnaire* to Brazilian culture. This is part of a Master's Thesis being conducted by students the University of Brasilia, under the guidance of Professor Dr. Eliane Maria Fleuy Seidl. The instrument will be applied in patients from public hospitals in the Federal District of Brasilia: The validation will be performed by exploratory factor analysis and discriminate validity.

In Brazil, there are few tools to assess the perception of disease and studies on a given subject. It believed that this study is relevant to health psychology in Brazil for clinical practice and research. This study will also encourage the expansion of knowledge about the cognitive and emotional aspects of disease, therefore allowing more effective psychological interventions - especially cognitive behavioral.

I am looking forward to your response. Thank you for considering this request.

Regards,

Graziela Sousa Nogueira

Master's Graduate Program in Processes of Human Development and Health at the University of Brasilia (UNB), Specialist in Health Psychology and Cognitive-Behavioral Therapy, Faculty of Medicine of Sao Jose do Rio Preto (FAMERP).

Anexo H. Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Universidade de Brasília
Instituto de Psicologia

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Brasília, DF, _____, de _____ de _____ .

Prezado(a) Senhor(a),

As pessoas apresentam diferentes percepções sobre a sua doença, que podem ser indicativas de como elas lidam com a mesma. Estamos realizando um estudo com objetivo de adaptar e validar o *Brief Illness Perception Questionnaire (Brief IPQ)* para a cultura brasileira. Trata-se de um instrumento que tem como proposta avaliar a percepção que os indivíduos possuem sobre a sua doença. Sua participação é muito importante, pois ajudará a disponibilizar para a prática de profissionais de saúde (principalmente psicólogos) um instrumento que poderá ser de grande utilidade no delineamento de intervenções mais efetivas.

A pesquisa está sendo coordenada pela psicóloga Graziela Sousa Nogueira (matrícula 10/0070558) sob orientação da professora Eliane Maria Fleury Seidl, do Instituto de Psicologia da Universidade de Brasília.

Este é um convite para que o(a) senhor(a) participe desta pesquisa, respondendo ao questionário que faz parte do estudo. O encontro respeitará a sua conveniência e disponibilidade de tempo. Ressaltamos que as informações fornecidas são sigilosas e que o anonimato dos participantes está garantido.

A sua participação é voluntária, sendo que o(a) senhor(a) poderá interromper ou se retirar do estudo, em qualquer momento, se assim desejar, bastando para isso informar sua decisão de desistência. Foi esclarecido ainda que, por ser uma participação voluntária e sem interesse financeiro, o(a) senhor(a) não terá direito a nenhuma remuneração. A participação na pesquisa não acarretará em riscos ou prejuízos de qualquer natureza.

Caso esteja de acordo em participar, pedimos sua assinatura em duas cópias deste documento: uma ficará com o(a) senhor(a) e a outra com a equipe de pesquisa. Qualquer dúvida ou informação complementar sobre a pesquisa pode ser respondida pelas psicólogas Graziela Sousa Nogueira ou Eliane Maria Fleury Seidl através do telefone (061)8100 3517, no Instituto de Psicologia da Universidade de Brasília (Campus universitário Darcy Ribeiro, Instituto Central de Ciências Sul, prédio minhocão, Brasília-DF) ou ainda, pelo endereço eletrônico: grazysousa@yahoo.com.br. Outros esclarecimentos sobre a pesquisa podem ser dados pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário de Brasília (HUB), através do telefone (061) 3107 1947 ou cepfs@unb.br.

Esperando contar com a sua participação, agradecemos antecipadamente a sua valiosa colaboração neste trabalho.

Eliane Maria Fleury Seidl
Psicóloga CRP 01 766
Professora IP/UNB

Graziela Sousa Nogueira
Psicóloga CRP 01 14844
Mestranda IP/UNB

Sim, aceito participar deste estudo.

Nome: _____ tel: _____

Assinatura: _____

Anexo I. Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos



Universidade de Brasília
Faculdade de Ciências da Saúde
Comitê de Ética em Pesquisa – CEP/FS

PROCESSO DE ANÁLISE DE PROJETO DE PESQUISA

Registro do Projeto no CEP: **142/10**

Título do Projeto: “Adaptação e Validação do Brief Illness Perception Questionnaire para a Cultura Brasileira”.

Pesquisador Responsável: Graziela Sousa Nogueira

Data da Entrada: 04/11/10

Com base na Resolução 196/96, do CNS/MS, que regulamenta a ética em pesquisa com seres humanos, o Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília, após análise dos aspectos éticos e do contexto técnico-científico, resolveu **APROVAR** o projeto **142/10** com o título: “Adaptação e Validação do Brief Illness Perception Questionnaire para a Cultura Brasileira”, analisado na 11ª Reunião Ordinária, realizada no dia 30 de novembro de 2010.

A pesquisadora responsável fica, desde já, notificada da obrigatoriedade da apresentação de um relatório semestral e relatório final sucinto e objetivo sobre o desenvolvimento do Projeto, no prazo de 1 (um) ano a contar da presente data (item VII.13 da Resolução 196/96).

Brasília, 01 de novembro de 2010.


Prof. Natan Monsore de Sá
Coordenador do CEP-FS/UnB

Anexo J. Versão Final do *Brief* IPQ após o Processo de Adaptação e Validação para a Cultura Brasileira

Este questionário é sobre o que você pensa sobre a sua doença. Não existe resposta certa ou errada, o que importa é que você escolha a alternativa que melhor represente a maneira como você percebe a sua doença. Por exemplo:

Quanto você acha que é responsável pela sua saúde?										
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Não sou responsável pela minha saúde								Sou totalmente responsável pela minha saúde		

Para a questão acima, caso você pense que tem muita responsabilidade pela sua saúde, mas que não é totalmente responsável por ela, você poderia circular o número 8 ou o número 9, por exemplo. Se você acha que tem pouca responsabilidade pela sua saúde poderia circular o número 1 ou o número 2, e assim por diante.

Da mesma maneira, para as questões a seguir, por favor, circule o número que melhor corresponda ao seu ponto de vista.

<p>1. Quanto a doença afeta a sua vida?</p> <p align="center">0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10</p> <p>Não afeta em nada a minha vida Afeta gravemente a minha vida</p>										
<p>2. Quanto controle você sente que tem sobre a sua doença?</p> <p align="center">0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10</p> <p>Absolutamente nenhum controle Tenho extremo controle</p>										
<p>3. Quanto você pensa que o tratamento pode ajudar a melhorar a sua doença?</p> <p align="center">0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10</p> <p>Não ajudará em nada Ajudará extremamente</p>										
<p>4. Quanto você sente sintomas (sinais, reações ou manifestações) da sua doença?</p> <p align="center">0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10</p> <p>Não sinto nenhum sintoma Sinto muitos sintomas graves</p>										

<p>5. Quanto você está preocupado(a) com a sua doença?</p> <p>0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10</p> <p>Nem um pouco preocupado(a) Extremamente preocupado(a)</p>										
<p>6. Até que ponto você acha que compreende a sua doença?</p> <p>0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10</p> <p>Não compreendo nada Compreendo muito claramente</p>										
<p>7. Quanto a sua doença o(a) afeta emocionalmente? (Por exemplo, faz você sentir raiva, medo, ficar chateado ou depressivo).</p> <p>0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10</p> <p>Não me afeta emocionalmente em nada Afeta-me muitíssimo emocionalmente</p>										
<p>8. Por favor, liste os fatores mais importantes que você acredita que causaram a sua doença. As causas mais importantes para mim são:</p> <p>1^a _____</p> <p>2^a _____</p> <p>3^a _____</p>										

Muito obrigada por sua colaboração!