

Carolina Ribeiro Seabra¹

Ana Carolina Wolf Baldino Peuker¹

Elisa Kern de Castro¹

¹ Universidade do Vale do Rio dos Sinos (Unistinos).

E-mail: psicologacarolnaseabra@gmail.com

Recebido: 15/08/2015

Aprovado: 16/09/2015

Modelo de Autorregulação em Saúde e câncer de mama: uma revisão sistemática de literatura

Self-regulation Health Behavior and Breast Cancer: A Systematic Review

<http://dx.doi.org/10.18316/2317-8582.15.7>

Resumo

As percepções ou crenças que o indivíduo tem sobre determinada doença, seja ele doente ou saudável, relacionam-se com suas condutas para a manutenção ou restabelecimento de sua saúde. O objetivo deste artigo foi investigar as contribuições do Modelo de Autorregulação do Senso Comum (MSC) em pesquisas científicas sobre o câncer de mama, além de verificar se o MSC é integrado a outros constructos teóricos nos estudos identificados e discutir os aspectos metodológicos dos estudos incluídos nessa revisão. Foram selecionados estudos empíricos sobre percepção do câncer de mama no período de agosto de 2004 a junho de 2015 nas bases de dados *Medline*, *Pubmed* e/ou *PsycInfo*. Doze artigos foram incluídos na análise. Os estudos revelaram que uma percepção desajustada sobre a doença pode ocasionar alterações psicológicas tais como: ansiedade, depressão, e *distress*. Os estudos acessaram os participantes majoritariamente por meio de clínicas e hospitais com amostras de mulheres com a doença.

Palavras-chave: Câncer de mama; Câncer; Percepção da doença; Autorregulação; Psico-oncologia.

Abstract

The perceptions or beliefs one individual has about a particular disease, whether sick or healthy, are related to their conduct for the maintenance or restoration of the health, self-regulating their behavior about this situation. The aim of this paper was to investigate the contributions of Self-Regulation Model of Common Sense (MSC) in scientific research on breast cancer, verify that the MSC is integrated with other theoretical constructs on the identified studies and discuss the

methodological aspects of the studies included in this review.

Empirical studies were selected on awareness of breast cancer from August 2004 to June 2015 in Medline, Pubmed and/or PsycInfo. Twelve articles were included in the analysis. Studies have shown that inadequate perception of the disease can cause psychological disorders such as anxiety, depression, and distress. The study participants accessed mostly through clinical and hospital samples of women with the disease.

Keywords: Breast cancer; Cancer; Illness perception; Self-regulation; Psycho-oncology.

Introdução

O modelo de Autorregulação em saúde ou modelo de Autorregulação do Senso Comum (MSC) foi proposto por Leventhal, Nerenz e Steele¹ e tem como principal premissa a ideia de que as pessoas constroem individualmente esquemas mentais sobre o significado da saúde e da doença, que vão repercutir no seu comportamento em saúde. De acordo com esta perspectiva teórica, o indivíduo, ao se deparar com uma condição clínica (diagnóstico de uma doença), recorrerá a esses esquemas para identificar as possibilidades de cura e a adoção de comportamentos direcionados para a prevenção ou para o reestabelecimento do seu estado de saúde².

Através do MSC, é possível examinar as percepções sobre saúde/doença mantidas pelos indivíduos saudáveis ou doentes. Concebe-se que o indivíduo poderá autorregular o seu comportamento a partir de condutas, para a manutenção ou restabelecimento de sua saúde, oriundas dessas percepções. O MSC pode ser aplicado a diferentes doenças crônicas e possui caráter dinâmico, sendo possível a modificação dos esquemas individuais a partir de uma intervenção interna ou externa (por exemplo: 1. Intervenção interna: modificação nos sintomas percebidos do câncer de mama irá mudar a percepção de como o CM se apresenta; 2. Intervenção externa: uma psicoeducação sobre os sintomas do câncer poderá modificar os esquemas do paciente relativos à doença)^{1, 3}.

O MSC foi estruturado inicialmente a partir de cinco dimensões^{1,3}: percepções individuais sobre a identidade da doença (seus sintomas), duração, causas, consequências e controle/cura. A identidade refere-se ao significado da doença e

quais os sintomas identificados. A duração representa o tempo de permanência dos sintomas e da doença (aguda, crônica ou cíclica). A dimensão causas relaciona-se às possíveis etiologias do quadro clínico. As consequências são apresentadas a partir do quanto a doença é grave e qual o impacto futuro em todos os âmbitos da vida do indivíduo. Por fim, a dimensão controle/cura refere-se à crença sobre as possibilidades de controle ou da cura da doença.

Esse modelo inicial de cinco dimensões sofreu algumas modificações, nas quais a dimensão controle/cura foi dividida em controle pessoal (percepção do quanto o doente pode controlar ou curar a doença) e controle do tratamento (eficácia do tratamento no controle ou cura da doença) e duas novas dimensões foram incorporadas ao modelo: coerência da doença e representação emocional. A coerência da doença é apresentada a partir da percepção da compreensão individual da doença, e a representação emocional abarca as emoções envolvidas no adoecimento⁴.

A avaliação que o indivíduo faz dos sintomas de certa doença, o conhecimento, as crenças e as percepções de risco estão relacionadas à autorregulação do comportamento em saúde. Apesar de muitas pessoas passarem por experiências semelhantes de saúde-doença, a construção das percepções da doença é individual^{3,5}. Diante disso, a representação que uma mulher pode ter sobre o câncer de mama e a sua percepção de risco para desenvolver essa doença poderá influenciar na adesão a comportamentos de autocuidado em caráter preventivo ou de tratamento⁶. A percepção de que o câncer é um evento externo, excessivamente ameaçador e fora do controle, poderá influenciar na não adesão às condutas de autocuidado, bem como na falta de adesão a tratamentos, como, por exemplo, quimioterapia, radioterapia, assistência psicológica e cuidado nutricional⁷. Por outro lado, crenças ajustadas sobre a doença podem possibilitar a percepção do risco real e favorecer a autonomia diante do cuidado com sua própria saúde³.

Através do MSC, é possível identificar, por meio de suas dimensões, as crenças mantidas pelas pessoas sobre uma doença. O instrumento de investigação amplamente utilizado para identificar as crenças sobre saúde/doença mantidas pelos indivíduos é denominado questionário de percepção de doença (IPQ - *Illness Perception Questionnaire*)⁴. Existe ainda uma versão revisada do questionário inicial, o IPQ-R (*Illness Perception Questionnaire Revised*)⁸, uma versão reduzida (*Brief*

Illness Perception Questionnaire)⁹ e outra para pessoas saudáveis (*Illness Perception Questionnaire for healthy people; IPQRH*)¹⁰.

Diante do exposto, conhecer as percepções que mulheres possuem sobre o câncer de mama se apresenta de grande importância para compreender os seus comportamentos de cuidado com sua saúde, visando a favorecer a detecção precoce e a redução da mortalidade pela doença. O conhecimento dessa realidade poderá subsidiar intervenções para que possíveis percepções distorcidas sobre o câncer de mama se tornem mais ajustadas, próximas da realidade. Dessa forma, pode-se fomentar as condutas de autocuidado, favorecendo o rastreamento da doença e a detecção precoce. Esta revisão sistemática foi desenvolvida com o objetivo de investigar: (a) contribuições do MSC em pesquisas científicas relacionadas ao câncer de mama; (b) descrever e discutir os principais resultados dos estudos e seus aspectos metodológicos.

Método

Protocolo e registro

A revisão sistemática foi conduzida conforme a metodologia *Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses* (PRISMA)¹¹.

Critérios de elegibilidade

Foram selecionados estudos empíricos sobre percepção da doença (câncer de mama - CM), tendo como base teórica o MSC. Os critérios de elegibilidade para inclusão dos estudos na revisão sistemática foram: estudos com amostras compostas por mulheres adultas (idade maior ou igual a 18 anos), com histórico pregresso ou atual de câncer de mama e/ou por mulheres saudáveis, mas que tivessem como tema central o CM.

Fontes de informação

Os estudos selecionados para esta revisão foram publicados no período de agosto de 2004 a junho de 2015. As bases de dados utilizadas para pesquisa foram *Medline, Pubmed e/ou PsycInfo*.

Estratégia de pesquisa

Foram pesquisados nas referidas bases os Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) e operadores booleanos: “*breast cancer OR illness perception OR illness representation OR illness beliefs*”.

Seleção dos estudos e avaliação de qualidade

A análise inicial dos títulos e resumos do levantamento bibliográfico foi realizada por dois pesquisadores independentes. Os artigos selecionados foram lidos na íntegra para determinar sua elegibilidade. Foram excluídos: livros, capítulos de livros, resenhas, cartas, dissertações e teses, estudos de revisões de literatura, pesquisas com a amostra composta por crianças e adolescentes, estudos que não utilizaram o referencial teórico do MSC, artigos que possuíam amostra heterogênea (outros tipos de câncer e/ ou doenças crônicas), estudos para validação de instrumento e os artigos que não estavam em inglês, espanhol ou português. O fluxograma (Figura 1) ilustra o processo de seleção dos artigos desta revisão.

Síntese dos dados e de análise

A análise sistemática dos artigos foi realizada em duas etapas. A primeira etapa incluiu a descrição do ano de publicação, autores, local, objetivo da pesquisa, delineamento do estudo, características da amostra e procedimentos de coletas de dados, instrumentos e resultados (Tabela 1). Na segunda etapa, foram discutidos os principais resultados encontrados nos artigos. Além disso, foram identificadas e discutidas criticamente as limitações metodológicas e as contribuições dos achados para o campo de estudo.

Figura 1 – Seleção dos artigos analisados

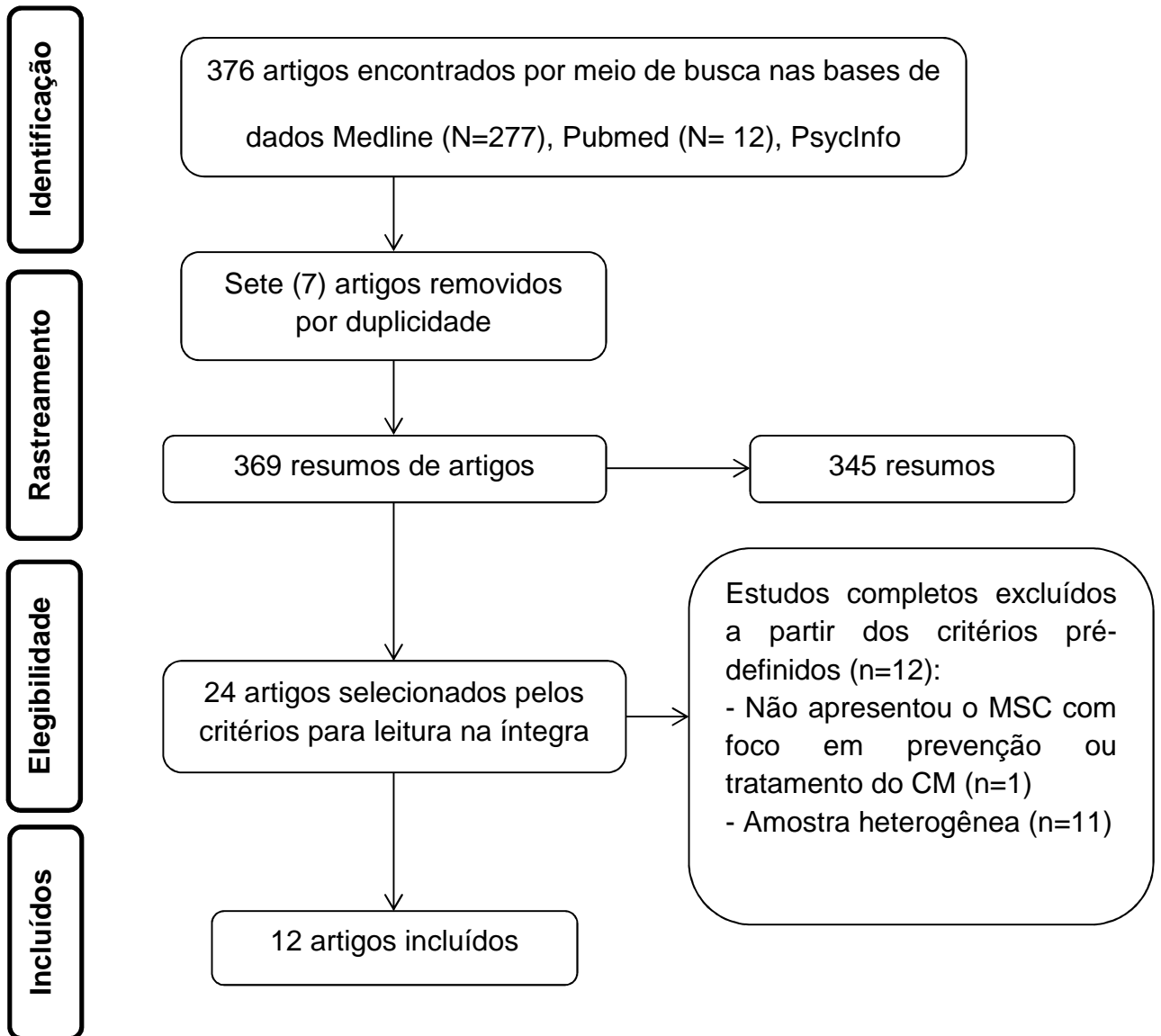


Tabela 1 - *Resumo dos artigos analisados.*

Autor(es)/ ano Origem	Objetivo do estudo	Delineame nto	Descrição da amostra	Procedimentos de coleta de dados	Instrumentos	Resultados/ Conclusão
Rabin et al., 2004 New Jersey, EUA	Identificar os preditores de <i>distress</i> após o tratamento quimioterápi co para o CM, considerand o a percepção da duração da doença.	Longitudinal	69 pacientes (CM)	Mulheres atendidas em três clínicas de tratamento oncológico. Avaliações realizadas três semanas antes do final da quimioterapia (presencial – T1) e dois <i>follow-ups</i> telefônicos (um mês pós- tratamento – T2	<i>Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS)</i> <i>Escala de medo de recorrência do câncer</i> <i>Percepção da duração do câncer (Perceived timeline of cancer)</i>	Houve modificação na classificação da duração da doença em dois tempos (T1 e T3) de coleta. No T1, o CM foi referido como mais crônico ou cíclico e, no T3, o CM como mais agudo. Houve associação entre a percepção sobre a duração da doença e o <i>distress</i> . Pacientes que percebiam o CM como crônico ou cíclico (duração) eram mais ansiosas, deprimidas e preocupadas com a recorrência do CM do que

e três meses
pós-tratamento
– T3).

aquelas que percebiam o CM
como uma doença aguda.
A forma que o paciente
percebe sua doença
influencia mais os níveis de
distress pós-tratamento do
que indicadores objetivos de
probabilidade da recorrência.

Cameron et al., 2005 Auckland, Nova Zelândia	Identificar o papel da percepção da doença, fatores de regulação emocional e características sociodemográficas como preditores	Transversal	110 mulheres com diagnóstico recente de CM (até oito semanas após o diagnóstico)	Mulheres recrutadas em uma clínica privada de tratamento de CM	<i>Illness perception questionnaire-revised - IPQ-R</i> <i>The avoidance subscale of the revised of impacts events scale</i> <i>State-trait anxiety inventory</i> <i>Center for epidemiologic studies depression</i>	Identificou-se que a participação das mulheres nos grupos foi mediada pelas crenças sobre as causas do câncer. Mulheres com a percepção de que o câncer era causado pela alteração na imunidade, com maiores índices de angústia, baixas tendências de evitação e jovens (idade) tinham maior adesão ao grupo de apoio.
---	--	-------------	--	--	---	---

da adesão a um grupo de apoio de mulheres com CM.

Millar et al., 2005 Reino Unido	Realizar uma análise detalhada da variação individual do estado psicológico no ano seguinte à realização da cirurgia do CM. Como objetivo secundário, examinou-	Longitudinal	371 mulheres que passaram por cirurgia CM.	Mulheres foram selecionadas de forma randomizada em um hospital público, e os dados foram coletados em três tempos: três meses após a cirurgia (T1), seis meses após a cirurgia (T2) e 12 meses após (T3)	<i>General Health Questionnaire</i> <i>Illness perception questionnaire</i> <i>Mental adjustment to cancer scale</i> <i>Eysenck Personality Scales</i>	Não houve variação no estado psicológico no ano seguinte da intervenção cirúrgica. Entretanto, os índices de <i>distress</i> foram elevados em todo o período (T1, T2 e T3). Os subgrupos de pacientes com <i>distress</i> elevado foram caracterizados por fatores de personalidade (maior neuroticismo) e percepções mais negativas sobre a duração da doença. A dimensão identidade (impacto dos sintomas) também se apresentou como
------------------------------------	---	--------------	--	---	---	---

se a percepção de doença das pacientes. preditor significativo do *distress*.

Anagnostopulos, et al. , 2005 Grécia	Analisar as diferenças entre mulheres saudáveis e de pacientes com câncer de mama sobre as representações do câncer.	Transversal	147 mulheres sem doenças da mama ou com condições benignas da mama e 102 pacientes com CM.	Mulheres recrutadas em hospital público.	<i>Illness perception questionnaire</i>	As representações de doença das mulheres sem doenças da mama foram caracterizadas por crenças negativas quanto à cura/controle, consequências físicas, sociais e econômicas em virtude do câncer de mama. Além disso, essas mulheres tinham crenças fortes sobre o papel dos fatores ambientais na causa do câncer quando comparadas às mulheres doentes.
Rozema et	Examinar a	Transversal	119	Recrutamento	<i>Illness Perception</i>	A dimensão controle (pessoal

al. , 2009 Holanda.	relação da percepção da doença com as estratégias de <i> coping </i> e a percepção de saúde de pacientes com CM		mulheres com CM diagnostica do nos últimos dois anos. Foram excluídas as mulheres com outra doença crônica, metástases ou diagnóstico a mais de dois anos.	via internet (site de auxílio aos pacientes). Os questionários foram enviados às mulheres que preencheram os critérios de elegibilidade	<i> Questionnaire-Revised Utrecht coping questionnaire RAND-36 </i>	e do tratamento) foi correlacionada positivamente com a saúde física e mental. Não foi observada correlação das estratégias de <i> coping </i> com a saúde percebida. Diferentemente do esperado, o estudo demonstrou que a percepção de doença (representações) está fortemente relacionada com a saúde quando comparada ao <i> coping </i>
Silva et al., 2012 Coimbra, Portugal	Analisar o crescimento pós-traumático	Longitudinal	78 mulheres com CM que passaram	Mulheres recrutadas em hospital público. Foram	<i> Portuguese versions of the Posttraumatic Growth Inventory </i>	O crescimento pós-traumático associou-se à angústia. A percepção mais negativa sobre as

	em mulheres que receberam tratamento para câncer de mama.		por quimioterapia ou radioterapia.	selecionadas no momento do diagnóstico do CM e acompanhadas durante quatro meses de tratamento.	<i>World Health Organization for QoL-Bref – escala de ansiedade e depressão Brief Illness Perception Questionnaire - subescala de consequências</i>	consequências do CM foi significativamente associada com a angústia emocional, limitações físicas e psicológicas. Perceber mudanças positivas advindas do CM tem efeito protetivo para as mulheres, favorecendo o crescimento.
Anagnostopoulos et al. , 2012 Grécia	Investigar como as crenças em saúde e as percepções da doença estão relacionada s com as práticas de rastreamento do câncer	Transversal	408 mulheres gregas, sem histórico pessoal de câncer, com idade maior ou igual a 40 anos.	Amostra randomizada com base no levantamento populacional do país	<i>Illness Perception Questionnaire-Revised Health Beliefs Percepção de risco sobre câncer de mama Questionário sobre práticas de detecção precoce</i>	As mulheres que realizaram a mamografia possuíam uma representação emocional mais positiva sobre o CM. A repetição do exame foi associada ao conhecimento sobre os benefícios de realizar o rastreamento e a preocupação sobre o desenvolvimento da doença. Algumas ações (lembretes pelo serviço de saúde)

de mama.

favoreceram a repetição do exame. As mulheres que identificaram maiores barreiras, menos benefícios e que tinham uma representação mais negativa do CM não realizaram o rastreamento. A maioria das dimensões da representação de doença não foram preditoras da realização do exame.

Fischer et al., 2013 Holanda	Avaliar os efeitos de um grupo psicoeducativo nas percepções individuais e <i>coping</i> em mulheres	Longitudinal	57 mulheres com câncer de mama.	Mulheres recrutadas em um centro médico de oncologia (público). Avaliações realizadas no início (T1), após	<i>Illness Perception Questionnaire-Revised</i> (Inventário de coping) <i>Hopkins Symptom Check List HSCL-25</i>	A percepção do CM com duração cíclica foi preditora de <i>distress</i> no início do estudo. Após o final da intervenção, a intensidade das emoções sobre o CM foi reduzida. Crenças mais fortes sobre percepção de duração cíclica estava
---------------------------------	--	--------------	---------------------------------	--	--	---

	com câncer de mama.			a oitava sessão de intervenção (T2), e um ano após o T1 (T3)		relacionada a uma melhoria no bem-estar emocional dos pacientes ao longo do tempo.
McCorry et al., 2013 Irlanda do Norte, Reino Unido	Examinar de que forma as estratégias de <i> coping </i> e a percepção de doença relacionam-se ao <i> distress </i> .	Longitudinal	75 mulheres com CM. Excluídas pacientes com histórico prévio de câncer.	Mulheres recrutadas em um hospital. Primeira coleta (T1) realizada uma a duas semanas após o diagnóstico (<i> intake </i>) presencial e a segunda (T2) após seis meses (<i> follow-up </i>) por correspondência.	<i> Illness Perception Questionnaire-Revised Cancer coping questionnaire Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) </i>	A análise de cluster identificou dois perfis: um com cognições mais negativas sobre o CM e outro com cognições mais positivas. O primeiro grupo (perfil negativo) demonstrou menor controle pessoal e do tratamento e menor coerência sobre a doença. Observou-se uma melhoria nos escores de ansiedade ao longo do tempo, entretanto as dimensões da percepção de doença se mantiveram estáveis.
Corter, et al.,	Examinar as	Transversal	153	Mulheres	<i> Fear of cancer </i>	O medo da recidiva do

2013	associações	mulheres no	selecionadas a	<i>recurrence</i>	câncer foi significativamente
Auckland,	entre o	pós-	partir dos	<i>Hospital Anxiety</i>	associado às dimensões da
Nova	medo de	menopausa,	prontuários em	<i>and Depression</i>	percepção de doença, exceto
Zelândia	recidiva do	compatíveis	hospital público.	<i>Scale (HADS)</i>	controle pessoal. Os índices
	câncer,	com a	Contatadas por	<i>Brief Illness</i>	elevados do medo de
	percepção	terapia de	correspondênci	<i>Perception</i>	recidiva estavam associados
	da doença,	reposição	a.	<i>Questionnaire</i>	a crenças sobre as
	crenças	hormonal,		<i>Beliefs about</i>	consequências do câncer,
	sobre a	em estágio		<i>medicines</i>	maiores preocupações sobre
	medicação	inicial do		<i>questionnaire</i>	o prognóstico e emoções
	e efeitos	CM.		<i>Treatment side</i>	negativas associadas ao
	colaterais			<i>effects</i>	diagnóstico. As mulheres
	do				identificaram o estresse
	tratamento				como causa do CM. Não foi
	em				observada associação entre
	mulheres				o medo de recorrência e as
	submetidas				variáveis clínicas do
	à terapia				tratamento. Os resultados
	endócrina				sugerem que as crenças
	adjuvante.				desadaptativas sobre o CM
					favorecem o medo da

recorrência.						
Iskandarsyah et al. , 2013. Indonésia	Avaliar o nível de satisfação dos pacientes sobre o câncer de mama e seu tratamento e explorar a relação da percepção de doença e qualidade de vida.	Transversal	70 mulheres com CM sem diagnóstico psiquiátrico ou outro diagnóstico de câncer.	Mulheres foram recrutadas no serviço de oncologia do hospital público.	<i>Satisfaction with cancer information profile</i> <i>Brief Illness Perception Questionnaire</i> - subescala de consequências <i>World Health Organization for QoL-Bref</i>	86% das pacientes relataram ter recebido informações insuficientes sobre a gravidade do CM e sobre o tratamento. As pacientes que ficaram satisfeitas com as informações recebidas demonstraram: maior compreensão sobre a doença, maior crença de controle sobre a doença e menos preocupações sobre seu estado de saúde.
Petrie et al., 2015 Auckland,	Avaliar a relação entre as	Transversal	2.269 mulheres sobreviventes	Mulheres recrutadas numa instituição	Questão relacionada às crenças de causa	As crenças de que o câncer foi causado pelo fator genético foram associadas à

Nova Zelândia	crenças sobre a causa do CM e a decisão de realizar a mastectomia bilateral.	es de CM que realizaram mastectomia bilateral.	não governamental de pesquisa. Questionários enviados por correspondência eletrônica.	da doença do <i>Brief Illness Perception Questionnaire</i>	realização de mastectomia bilateral nas mulheres.
---------------	--	--	---	--	---

Resultados e discussão

As 12 pesquisas encontradas na busca foram desenvolvidas em países da América do Norte¹², Europa¹³⁻¹⁹, Ásia²⁰ e Oceania^{21,22,23}, todas disponíveis na língua inglesa. No que se refere à escolha do método, sete estudos utilizaram delineamento transversal^{7,18,19,20,21,22,23} e cinco, delineamento longitudinal^{12,13,15,16,17}. Foram identificados estudos com delineamento longitudinal que incluíram seguimento dos participantes (*follow-up*). Estudos que acompanhem a percepção da doença ao longo do tempo são fundamentais para a compreensão da percepção de doença, pois permitem que modificações possam ser identificadas. A percepção da doença é um constructo dinâmico que pode sofrer alterações de acordo com as experiências de saúde-doença dos indivíduos, e também mediante intervenções orientadas para esse objetivo. Por meio de estudos longitudinais, pode-se investigar a influência de variáveis independentes na modificação da percepção da doença em um determinado período (ex. antes e depois do tratamento quimioterápico ou antes e depois de uma intervenção). A revisão revelou que, especialmente nos estudos com delineamento longitudinal, observou-se a utilização de recursos alternativos e tecnológicos (internet, telefone e correspondência) para acessar a amostra^{19,23}. Esse fato sugere que tais recursos podem se caracterizar como opções custo-efetivas, além de evitar perdas no seguimento.

Os artigos incluídos tratavam de pesquisas nas quais os participantes foram recrutados em clínicas e hospitais especializados no tratamento do CM públicos^{13,14,15,16,20,21,23} e privados²², bem como por meio de *follow-up* por correspondência. A única exceção foi um estudo epidemiológico de Anagnostopoulos et al.¹⁸. Em relação às características da amostra, nove estudos contaram somente com mulheres doentes, com câncer de mama^{12,13,15,16,17,19,20,21,22,23} e apenas dois estudos incluíram mulheres saudáveis^{14,18}. Destes últimos, no primeiro estudo foram comparados três grupos (mulheres com CM, com alterações benignas da mama e saudáveis) e, no segundo, foram investigadas mulheres sadias frente à prevenção do CM.

No que se refere aos instrumentos, duas pesquisas^{13,14} mensuraram a percepção da doença por meio do questionário de percepção de doença (*Illness Perception Questionnaire* – IPQ), articulando seus resultados com características de personalidade e ajustamento mental. Nos outros estudos^{16,17,18,19,22} foi utilizado o

questionário de percepção de doença revisado (*Illness Perception Questionnaire Revised* – IPQ-R), associado a outras medidas de sintomatologia psiquiátrica (ansiedade e depressão), ao impacto na saúde, à percepção de risco e ao *coping*. A forma breve do questionário de percepção da doença foi utilizada em três pesquisas (*Brief Illness Perception Questionnaire*) para acessar a dimensão consequências¹⁵ e causas da doença¹⁵, bem como para relacionar a percepção sobre o câncer de mama com as informações sobre doença/tratamento²⁰ e a crenças sobre medicação e efeitos colaterais²¹.

Ainda sobre os instrumentos, apenas uma pesquisa¹² não utilizou nenhuma versão do questionário de percepção de doença. Os autores avaliaram algumas dimensões da percepção da doença através de duas outras medidas: medo de recorrência (*Fear of recurrence*) e percepção sobre a duração da doença (*Perceived timeline of cancer*), associadas aos sintomas de ansiedade e depressão mensuradas pela escala hospitalar de ansiedade e depressão (HADS). Entretanto, os questionários validados com esse objetivo são os mais adequados para acessar a percepção de doença dos pacientes. O IPQ-R, bem como sua versão para pessoas saudáveis (IPQRH), são instrumentos amplamente utilizados na literatura internacional por permitirem mapear todas as dimensões do MSC e acessar a percepção da doença de forma completa e apropriada. A versão breve desse instrumento (IPQ-brief) é uma ferramenta útil para investigação da percepção de doença, tendo em vista que sua aplicação pode ser realizada em menor tempo. A maior brevidade é especialmente importante, pois agiliza a coleta de dados e minimiza possíveis desconfortos decorrentes da aplicação em populações de indivíduos doentes e em contextos nos quais o acesso à amostra é mais restrito (ex. hospitais). Além disso, pela menor complexidade, o IPQ-brief pode ser uma ferramenta quando a amostra é composta por pessoas de baixa escolaridade.

Os resultados dos estudos serão aqui discutidos a partir das dimensões do MSC visando a apresentar de que forma elas relacionam-se ao CM. No que se refere à dimensão Identidade, observou-se que a percepção mais elevada dos sintomas do CM foi preditora de *distress*¹. Segundo os autores Millar *et al.*¹³, a variação individual do estado psicológico após a realização da cirurgia do CM

¹ Optou-se por utilizar o termo em inglês por não possuir tradução adequada ao português. O *distress* caracteriza-se por uma resposta do indivíduo a uma vivência emocional desagradável, ocasionada por diversos fatores, que poderá interferir na habilidade de lidar com as doenças, tais como o câncer²³.

apontou para a manutenção de altos índices *distress* no ano seguinte à intervenção cirúrgica. Já a pesquisa de McCorry et al.¹⁷ apontou que a dimensão identidade associada ao controle (pessoal e do tratamento) e a coerência da doença estão relacionadas a cognições negativas sobre o câncer. De acordo com os autores, quanto mais sintomas são percebidos, a pessoa apresenta menor controle pessoal, menor controle do tratamento e menor coerência da doença.

A dimensão Duração da doença (*timeline*) foi preditora de *distress* após o tratamento do CM¹². Através de um estudo longitudinal, demonstrou-se que a percepção de duração esteve associada de forma significativa a maiores níveis de ansiedade, depressão e medo de recidiva. As pacientes com CM (n=69) foram avaliadas antes (seis meses) e depois do tratamento (um a três meses depois de completar o tratamento). Constatou-se que pacientes que conceitualizaram o seu CM como uma doença crônica ou cíclica eram mais ansiosas, deprimidas e preocupadas com a recidiva do que aquelas que o percebiam como uma doença aguda¹². Em outro estudo, a duração da doença também foi relacionada ao índice de *distress* no pós-operatório do CM. Segundo os autores, uma percepção da duração como aguda pode implicar em um pessimismo sobre a sobrevivência, especialmente no primeiro ano após o tratamento e gerar maior *distress*¹³.

Ainda no que diz respeito à dimensão Duração, observou-se que a duração cíclica foi preditora de *distress*¹⁶. O estudo, que avaliou os efeitos de um grupo psicoeducativo nas percepções individuais e *coping* de mulheres com CM, revelou que, após o final da intervenção psicoeducativa, a intensidade das emoções sobre a doença foi reduzida. Crenças sobre percepção de duração cíclica estavam relacionadas a uma melhoria no bem-estar emocional das pacientes ao longo do tempo.

O controle pessoal e do tratamento também estiveram associados à saúde mental das mulheres. Isso sugere que quanto mais as mulheres consideram que elas mesmas e o tratamento podem contribuir para o controle da sua doença, maior adaptação emocional elas obtêm. Um estudo comparativo sobre as representações do CM em mulheres saudáveis e com diagnóstico da doença apontou que as representações de mulheres saudáveis foram caracterizadas como negativas quanto à cura/controle, comparadas às mulheres doentes que possuíam percepções mais positivas e realistas¹⁴. Em outro estudo, a percepção de maior controle pessoal e do

tratamento também foi associado positivamente à saúde física e mental quando investigado em pacientes com CM diagnosticadas há menos de dois anos¹⁹. Uma pesquisa sobre o impacto da informação acerca da doença na percepção do CM apontou que as pacientes que ficaram satisfeitas com as informações recebidas compreendiam mais a doença e apresentavam crença maior de controle pessoal²⁰. Já em outra investigação, o controle pessoal e do tratamento foi associado ao medo de recorrência do câncer²¹, isto é, pessoas que acreditavam ter maior controle apresentavam menos medo de o câncer voltar.

A percepção sobre as Causas do CM foi associada à maior participação em grupos de apoio²², bem como à ansiedade, depressão e medo de recorrência da doença¹². Quanto mais controlável a causa do CM é percebida, maior a autonomia das pacientes no autocuidado e na adesão a tratamentos.

Mulheres saudáveis e com alterações benignas da mama possuíam crenças de que a causa do câncer estaria associada a fatores ambientais de forma a serem controláveis e modificáveis, não apontando o acaso/destino como fator externo relevante para a doença¹⁴. Em outro estudo com mulheres diagnosticadas com CM, identificou-se, entre outras questões, que essas mulheres atribuíram a causa do câncer majoritariamente ao estresse²¹. Tal fato aponta que a atribuição de causa a aspectos emocionais faz com que as mulheres a julguem como um fator externo sobre o qual não possuem controle e, dessa forma, comprometendo seus comportamentos de autocuidado. Entretanto, outra pesquisa identificou que a crença de que o câncer de mama era causado por fatores genéticos foi associada a maiores índices de mastectomia bilateral nas mulheres²³.

A coerência da doença foi identificada como uma dimensão associada às cognições positivas sobre o CM. No estudo desenvolvido por McCorry et al.¹⁷, a percepção sobre o CM em mulheres doentes foi avaliada ao longo de um período de seis meses, sem focar nas dimensões específicas, mas por uma análise de *clusters* (dois). Os resultados identificaram que as mulheres com cognições negativas (“O câncer de mama tem consequências graves e muitos sintomas”) sobre a doença demonstraram menor coerência sobre a doença. Constatou-se, ainda, que a percepção de doença dessas mulheres permaneceu estável no período de seis meses.

Os resultados sobre a dimensão Consequências do CM foram apresentados em dois estudos. No primeiro deles, um estudo longitudinal com mulheres após o diagnóstico da neoplasia da mama que se submeteram ao tratamento de radioterapia e quimioterapia mostrou que percepções mais negativas sobre as consequências da doença estavam associadas com maior angústia e prejuízos físicos e psicológicos¹². Em outro estudo¹⁴ essa dimensão foi relacionada à representação social do CM. Os autores identificaram que mulheres sem câncer de mama possuíam a tendência a superestimar as consequências negativas que o câncer pode trazer à vida dos pacientes; por outro lado, a experiência pessoal das mulheres com esse diagnóstico proporcionava uma percepção mais realística e positiva relacionada ao câncer de mama. Esse impacto negativo nas percepções das mulheres saudáveis estava associado à construção social negativa do câncer (implicações na autoimagem, sofrimento e ausência de cura). A dimensão Representação emocional foi explorada em um levantamento realizado com mulheres sem histórico de câncer de mama, no qual constatou-se que uma representação emocional mais negativa do CM associou-se à não realização da mamografia¹⁸.

De forma geral, os estudos apresentaram a percepção da doença como um constructo dinâmico, passível de alteração. Apesar disso, observou-se, ainda, que os estudos revelam modificações principalmente em sintomas psicológicos associados à doença, como por exemplo sintomas de ansiedade¹⁷, depressão¹², *distress*¹³, enquanto a percepção da doença tende a se manter estável. Por exemplo, comparado às características ansiosas em pacientes ao longo do tempo, as representações do câncer de mama mantiveram-se estáveis enquanto a ansiedade foi reduzida¹⁷. Constatou-se, a partir desta revisão, que as mudanças nas dimensões de percepção da doença são mais prováveis quando ocorre intervenção orientada para o ajustamento das crenças. Por exemplo, constatou-se que mulheres com CM, após a participação em um grupo terapêutico, tiveram suas percepções individuais relacionadas à duração, identidade e representação emocional do CM modificadas. Após o grupo, as participantes apresentavam crenças mais fortes sobre percepção de duração (cíclica) e sintomas do CM e, assim, uma diminuição na intensidade das emoções negativas sobre a doença¹⁶.

Abordagem teórica dos estudos

De acordo com os critérios de inclusão, todos os artigos fundamentaram-se no MSC. Entretanto, alguns estudos articularam esse modelo teórico a outras teorias e/ou conceitos. Silva et al.¹⁵ utilizaram o MSC relacionando-o ao crescimento pós-traumático (CPT). Nesse estudo, o MSC foi utilizado parcialmente (dimensão consequências) para explorar as modificações na percepção das consequências do câncer de mama ao longo do tempo a partir do processo de CPT. Constatou-se que o crescimento pós-traumático apresentou relação com as percepções das consequências da doença, na qual percepções positivas sobre as consequências do CM tinham efeito protetivo para as mulheres, favorecendo o CPT.

A pesquisa de Fischer et al.¹⁶ associou as representações cognitivas e emocionais do MSC ao *coping*. Nesse estudo, a percepção do CM como cíclico e com consequências negativas ocasionaram um estilo de *coping* evitativo nas pacientes. Rozema et al.¹⁹ utilizou esse conceito, assim como McCorry et al.¹⁷, estabelecendo uma relação semelhante, na qual a percepção positiva do CM estaria associada positivamente ao enfrentamento das pacientes. Millar et al.¹³ relacionou a percepção do câncer de mama com traços de personalidade (neuroticismo) a partir da teoria dos cinco fatores de personalidade. Nesse estudo, o neuroticismo apresentou relações com as percepções negativas da doença e um pior ajustamento das pacientes diante do câncer. Por fim, o modelo de crenças em saúde (Health Belief Model - HBM) é utilizado por Anagnostopoulos et al.¹⁸ junto ao MSC para identificar barreiras e benefícios pessoais percebidos para o rastreamento do câncer de mama. As representações da doença e as preocupações sobre o CM estavam relacionadas à alta probabilidade de repetição da mamografia, bem como à adesão às práticas de rastreamento.

Limitações dos estudos

O critério de seleção das participantes foi apontado pelos autores^{14,15,19,20,22} como uma limitação importante, impossibilitando a generalização dos resultados. Os autores Corter et al.²¹ evidenciaram que a escolha do delineamento transversal impossibilitou também a realização de análises preditivas que seriam fundamentais para melhor compreensão da relação entre as representações emocionais da

doença com o medo de recidiva. Dessa forma, estudos longitudinais são fundamentais para apresentar previsões sobre as modificações na percepção da doença. Em concordância, Silva et al.¹⁵ apontaram, ainda, que o estudo transversal dificulta a compreensão do processo dinâmico de ajustamento das pacientes e suas relações com o crescimento pós-traumático.

Os critérios de seleção da amostra (recrutamento de mulheres com acesso à internet a partir de sites alusivos ao CM) foram dificultadores na generalização dos resultados para pessoas saudáveis ou outras populações¹⁹, em virtude da especificidade da população. A maioria dos estudos^{12,13,14,15,17,16,20,21} foi realizada em instituições de saúde, onde, em geral, os indivíduos possuem informações sobre o câncer que podem influenciar na percepção da doença.

O autorrelato e a ausência de informações adequadas sobre o quadro clínico também foram apontados como desfavoráveis aos resultados^{16,21}. Ainda sobre o acesso aos dados por meio do autorrelato, Anagnostopoulos et al.¹⁸ evidenciaram, no seu estudo de base populacional, que as participantes poderiam não ter acesso aos cuidados regulares de saúde e, conseqüentemente, não estarem inseridas numa rotina de rastreamento, o que influenciaria nos conhecimentos e preocupações sobre o câncer de mama. Entretanto, esse fato permitiu uma maior representatividade da amostra, permitindo generalização dos resultados.

Em relação ao MSC, a dimensão Identidade - sintomas atribuídos ao câncer de mama - não pôde ser identificada nos resultados da pesquisa de Corter et al.²¹ por não ter sido avaliada. McCorry et al.¹⁵ apresentaram a necessidade de intervenções específicas para a modificação da percepção de doença, que não foram testadas neste estudo. Por fim, Anagnostopoulos et al.¹⁴ abordaram apenas os aspectos cognitivos do MSC e não as representações emocionais envolvidas no modelo, caracterizando uma limitação importante pelo processamento e influência mútua. Além disso, grande parte dos estudos foi focada no câncer de mama (tratamento) e apenas um com o foco na prevenção do câncer¹⁸.

Considerações finais

Na apreciação dos estudos revisados, observou-se relevância nas dimensões do MSC para compreensão dos fatores psicológicos envolvidos no adoecimento por

CM. Este modelo (MSC) articulado a outros constructos (por exemplo: ansiedade, *distress*, depressão) pode favorecer ainda mais a compreensão desses fatores. Os dados encontrados nesta revisão sinalizaram que uma percepção desajustada da doença pode impactar diretamente em alterações psicológicas (ansiedade, depressão, maiores níveis de *distress*), ressaltando a importância da continuidade de investigações com tal objetivo. Ademais, pontua-se a relevância do estudo da percepção da doença como preditor de variáveis psicológicas (ex. níveis de depressão, ansiedade) e após o tratamento (ex. relação negativa entre a dimensão duração e *distress*).

Em sua maioria, os estudos revisados acessaram as participantes por meio de clínicas e hospitais, evidenciando a preocupação com a percepção sobre o CM em mulheres doentes. Isso revela uma lacuna importante na literatura, na qual permanece em aberto a investigação sobre percepção da doença em mulheres saudáveis. Diante disso, identifica-se a necessidade de mais pesquisas na área com foco na prevenção e detecção precoce do CM em mulheres saudáveis. Novos estudos poderão explorar, ainda, de forma detalhada, as diferenças encontradas na percepção sobre o CM de mulheres saudáveis e aquelas doentes.

Futuras pesquisas devem ser desenvolvidas incluindo delineamentos mais robustos, especialmente estudos longitudinais. Assim, pode-se planejar intervenções com acompanhamento pré e pós-intervenção, no sentido de abarcar o dinamismo da percepção de doença. Por fim, observou-se que os estudos nessa área restringem-se a países desenvolvidos e não se conhece, por exemplo, as percepções do câncer de mama de mulheres da América Latina, sinalizando a necessidade de publicações nesta região geográfica.

REFERÊNCIAS

1. Leventhal H, Nerenz D, Steele D. Illness representations and coping with health threats. In Baum, A., Singer, J. (Eds.). Handbook of Psychology and Health New York: Erlbaum. 1984; 221–252.
2. Leventhal H, Bodnar-Deren S, Breland JY, Hash-Converse J, Phillips LA, Leventhal EA, Cameron L. Modeling health and illness behavior: the approach of the

commonsense model. In Bawn, A., Revenson, T. A. & Singer, J. Handbook of Health Psychology. New York: Taylor & Francis group. 2012; 3-35.

3. Leventhal H, Brissette I, Leventhal EA. The common-sense model of Self-regulation of health and illness. In Cameron: L.D., Leventhal H. (Eds.), The self-regulation of health and illness behavior. London: Routledge. 2003; 42-65.

4. Moss-Moris R, Weinman J, Petrie KJ, Horne R, Cameron LD, Buick D. The revised illness perception questionnaire (IPQ-R). *Psychology and Health*. 2002; 17 (1): 1-16.

5. Leventhal H, Benyamini Y. Lay beliefs about health and illness. In Baum A, Newman S, Weinman J, West R, McManus C. (Eds.) Cambridge Handbook of Psychology. Cambridge University Press: Cambridge. 1997; 131–135.

6. Wendt SJ. Perception of future risk of breast cancer and coronary heart disease in female undergraduates. *Psychology, Healthy & Medicine*. 2005; 10(3): 253-262.

7. Aflakseir A, Abbasi P. Health Beliefs as Predictors of Breast Cancer Screening Behaviour in a Group of Female Employees in Shiraz. *Iran Journal Cancer Prev*. 2012; 5(3): 124-129.

8. Weinman J, Petrie KJ, Moss-Moris R, Horne R. The illness perception questionnaire: a new method for assessing the cognitive representation of illness. *Psychology and Health*. 1996; 11: 43-52.

9. Broadbent E, Petrie KJ, Maina J, Weinman J. The Brief Illness Perception Questionnaire. *Journal of Psychosomatic Research*. 2006; 60: 631-637.

10. Figueiras MJ, Alves NC. Lay perceptions of serious illnesses: An adapted version of the Revised Illness Perception Questionnaire (IPQ-R) for healthy people *Psychology and Health*. 2007; 22(2): 143–158.

11. Moher D, Liberati A, Tetzlaff J, Altman DG. Preferred report items for Systematic Reviews and Meta-Analysis: the PRISMA Statement. *PLOS Medicine*, 2009; 6(7): 1-6.

12. Rabin C, Godin S, Leventhal H. Conceptualization of Disease Timeline Predicts Posttreatment Distress in Breast Cancer Patients. *Healthy Psychology*, 2004; 23(4): 407–412.

13. Millar K, Purushotham AD, McLatchie E, George WD, Murray GD. A 1-year prospective study of individual variation in distress, and illness perceptions, after treatment for breast cancer. *Journal of Psychosomatic Research*. 2005; 58(4): 335-342.

14. Anagnostopoulos F, Spanea E. Assessing illness representations of breast cancer: a comparison of patients with healthy and benign controls. *Journal Psychosomatic Research*. 2005; 58(4): 327-34.

15. Silva SM, Moreira HC, Canavarro MC. Examining the links between perceived impact of breast cancer and psychosocial adjustment: the buffering role of posttraumatic growth. *Psycho-Oncology*. 2012; 21: 409-418.

16. Fischer MJ, Wisenhaan ME, Heijer AD, Kleijin WC, Nortier JWR, Kaptein AA. From despair to hope: a longitudinal study of illness perceptions and coping in a psycho-educational group intervention for women with breast cancer. *British Journal Of Health Psychology*. 2013, 18 (3): 526-45.
17. McCorry NK, Dempster M, Quinn J, Hogg A, Newell J, Moore M, Kelly S, Kirk, SJ. Illness perception clusters at diagnosis predict psychological distress among women with breast cancer at 6 months post diagnosis. *Psycho-Oncology*. 2013; 22 (3): 692-698.
18. Anagnostopoulos F, Dimitrakaki C, Fitzsimmons D, Potamianos G, Niakas D, Tountas Y. Health beliefs and illness perceptions as related to mammography uptake in randomly selected women in Greece. *Journal Of Clinical Psychology In Medical Settings*. 2012; 19 (2): 147-64.
19. Rozema H, Völlink T, Lechner L. The role of illness representations in coping and health of patients treated for breast cancer. *Psycho-Oncology*. 2009; 18(8): 849-857.
20. Iskandarsyah A, Klerk C, Suardi DA, Soemitro MP, Sadarjoen SS, Passchier J. Satisfaction with information and its association with illness perception and quality of life in Indonesian breast. *Support Care Cancer*. 2013; 21(11), 2999-3007.
21. Corter AL, Findlay M, Broom R, Porter D, Petrie KJ. Beliefs about medicine and illness are associated with fear of cancer recurrence in women taking adjuvant endocrine therapy for breast cancer. *British Journal of Health Psychology*. 2013; 18: 168–181.
22. Cameron LD, Booth RJ, Schlatter M, Zinginskas D, DipClinPsych, Harman JE, Benson SRC. Cognitive and affective determinants of decisions to attend a group psychosocial support program for women with breast cancer. *Psychosomatic Medicine*. 2005; 67(4): 584-589.
23. Petrie KJ, Myrtveit SM, Partridge AH, Stephens M, Stanton AL. The relationship between the belief in a genetic cause for breast cancer and bilateral mastectomy. *Health Psychol*. 2015; 34(5): 473-476.
24. Decat CS, Laros JA, Araujo TCCF. Termômetro de Distress: validação de um instrumento breve para avaliação diagnóstica de pacientes oncológicos. *Psico-USF*. 2009; 14(3): 253-260.