



Universidades Lusíada

Claudino, Adelaide do Amparo Duarte

Representações de doença em saúde mental

<http://hdl.handle.net/11067/224>

<https://doi.org/10.34628/c2xy-e928>

Metadados

Data de Publicação	2012
Resumo	Compreender as representações que os pacientes têm sobre as suas condições clínicas tem-se revelado um instrumento útil na predição do comportamento em pessoas que sofrem de doença física. Recentemente, têm surgido alguns estudos, que analisam o modo de aplicação das representações de doença à área da saúde mental, tendo em conta as perspectivas que os pacientes têm do seu problema de saúde mental, relacionado com os resultados psicológicos e de tratamento. Este artigo pretende fazer uma reflexã...
Palavras Chave	Doenças mentais - Pacientes
Tipo	article
Revisão de Pares	Não
Coleções	[ULL-IPCE] RPCA, v. 03, n. 1 (Janeiro-Junho 2012)

Esta página foi gerada automaticamente em 2024-04-25T05:15:03Z com informação proveniente do Repositório

REPRESENTAÇÕES DE DOENÇA EM SAÚDE MENTAL

PERCEPTIONS OF ILLNESS IN MENTAL HEALTH

Adelaide Claudino
Universidade Lusíada de Lisboa; CIPD
a.duarteclaudino@gmail.com

Author Note

Correspondence concerning this article should be addressed to Paulo Moreira, Centro de Investigação em Psicologia para o Desenvolvimento, Universidade Lusíada do Porto, Rua Dr. Lopo de Carvalho, 4369-006, Porto, Portugal.
E-mail: paulomoreira@por.ulusiada.pt

Resumo: Compreender as representações que os pacientes têm sobre as suas condições clínicas tem-se revelado um instrumento útil na predição do comportamento em pessoas que sofrem de doença física. Recentemente, têm surgido alguns estudos, que analisam o modo de aplicação das representações de doença à área da saúde mental, tendo em conta as perspectivas que os pacientes têm do seu problema de saúde mental, relacionado com os resultados psicológicos e de tratamento. Este artigo, pretende fazer uma reflexão baseada numa breve revisão de literatura sobre o potencial da investigação nesta área, contribuindo para a compreensão do comportamento em pacientes com distúrbios psicológicos, explorando a utilidade do modelo de senso comum na adaptação à doença mental.

Palavras-chave: Representações; doença; saúde mental; adaptação.

Abstract: Understanding patients' perceptions of their condition has

proved a useful way of predicting behavior in patients suffering from physical illness or injury. Now more investigators are examining how illness perceptions can be applied to the mental health area by considering how patient views of their mental health problem relate to psychological and treatment outcomes. This article intends to make a reflection based on a brief review of literature on the potential of research in this area, contributing to understanding the behavior in patients with psychological disorders exploring the utility of common sense model in adaptation to mental disease.

Key-words: Perceptions; illness; mental health; adjustment.

Introdução

A investigação que tem sido desenvolvida no domínio das representações de doenças, baseia-se na teoria da auto-regulação de senso comum desenvolvida por Howard Leventhal. A teoria propõe que os indivíduos formam crenças de senso-comum sobre as suas doenças no sentido de as compreender e de lidar com as ameaças à saúde (H. Leventhal et al., 1997; H. Leventhal, Nerenz, & Steele, 1984).

As crenças pessoais acerca dos problemas de saúde têm sido associadas às respostas emocionais, comportamentais aos problemas e resultados de saúde. Esta área tem sido largamente estudada em relação à saúde física, mas de certo modo negligenciada na área da saúde mental. Alguns autores (Lobban, Barrowclough, & Jones, 2004) argumentam sobre a utilidade do modelo da auto-regulação de senso comum, na compreensão da doença mental. O modelo enfatiza a importância das representações emocionais bem como as representações cognitivas. Este sistema paralelo assume particular relevância na doença mental onde a desregulação emocional pode ser integral. O modelo é atualmente o mais usado em psicologia clínica da saúde devido à precisão e validade na exploração das crenças dos pacientes em diferentes doenças físicas, sendo que este desenvolvimento contribui para a compreensão e gestão da doença (Hampson, Glasgow, & Foster, 1995; Hampson, Glasgow, & Toobert, 1990), e na recuperação (Horne, James, Petrie, Weinman, & Vincent, 2000; Petrie, Weinman, Sharpe, & Buckley, 1996). A vasta aplicação do modelo sugere a sua adequação quer para a doença física, quer para a doença mental; muito do trabalho efectuado na doença mental é consistente com o modelo; os estudos preliminares na doença mental indicam que o modelo explica a variância considerável nas medidas de resultado, quer para os pacientes (Clifford, 1998), quer para os familiares (Barrowclough, Lobban, Hatton, & Quinn, 2001); por último, o modelo de auto-regulação de senso comum possui a vantagem de encorajar a exploração alargada das crenças sobre doença mental na investigação e na prática clínica.

O modelo de auto-regulação de senso comum

O modelo de auto-regulação ou o modelo de 'senso comum' (common sense model, CSM) das representações de doença é uma extensão do modelo do processamento paralelo, pensado por H. Leventhal (1970) para analisar os resultados dos estudos sobre comunicação/informação geradora de medo, focada nos comportamentos de saúde. O modelo derivou dos resultados das investigações iniciais e da insatisfação com a interpretação disponível pelos modelos comportamentais. Os estudos experimentais iniciados por H. Leventhal estavam parcialmente de acordo, na época, com o enviesamento comportamentalista. "Este caracterizou-se por um cepticismo sobre a inclusão de dados fenomenológicos, tais como, os relatos de sentimentos, atitudes, objectivos e procedimentos, enquanto variáveis de processo, num modelo psicológico" (H. Leventhal et al., 1997, p. 19). Influenciado por este pressuposto, os estudos iniciais basearam-se no modelo do impulso do medo (Fear Drive Model) de Dollard e Miller, que postulava que o medo era um estado motivacional e que as acções ou procedimentos, que reduziam ou eliminavam o medo eram reforçadas ou aprendidas. Assim, apesar dos efeitos dos planos de acção serem "independentes" do nível do medo, afectam o comportamento apenas na presença da mensagem de medo (H. Leventhal, Brissette, & Leventhal, 2003).

Os dados mencionados levaram ao desenvolvimento do modelo de processamento paralelo (H. Leventhal, 1970). O modelo postulava que as ameaças de saúde geram estados emocionais de medo e desconforto (distress) e a necessidade correspondente de procedimentos de manejo dessas emoções, ou controlo do medo, (fear control), bem como, a representação cognitiva da ameaça e a necessidade correspondente de procedimentos de gestão dessas ameaças, ou controlo do perigo (danger control). H. Leventhal et al. (2003) consideraram o controlo do medo e o controlo do perigo como acções paralelas que são efectuadas e avaliadas pela sua eficácia na redução das emoções negativas evocadas pelas ameaças de saúde (controlo do medo) e na redução das próprias ameaças (controlo do perigo).

O modelo sugere que o estímulo somático e a informação acerca das ameaças de saúde são processados como representações percebidas de perigo e como experiências emocionais. Os planos de acção são as actividades que são efectuadas na redução do medo e do perigo. As pessoas são entendidas como avaliadoras activas da eficácia dos planos de acção, incorporando a informação que recebem nas suas representações. O modelo de processamento de informação propõe que uma representação cognitiva da ameaça de saúde é uma condição necessária para o controlo do perigo. As representações definem os objectivos para o controlo do perigo, os procedimentos específicos e as estratégias de controlo, o critério para a avaliação do sucesso, e as percepções da eficácia da resposta.

Outro aspecto crucial, associado ao modelo de auto-regulação, envolve as interacções entre as características concretas e abstractas das representações,

quer da doença quer da própria pessoa (H. Leventhal et al. 2001). Ao associar a abordagem das representações de doença aos modelos mencionados atrás, H. Leventhal, Nerenz, & Steele, 1984) formularam o modelo de auto-regulação de doença (H. Leventhal, Meyer, & Nerenz, 1980). Este modelo assume que as pessoas são activas no processamento de informação e que, perante uma ameaça à saúde, elaboram representações de doença e reagem emocionalmente à doença. O processo de auto-regulação ocorre ao longo de três fases: interpretação (do problema); coping (como lidar com o problema) e avaliação (se a estratégia de coping foi eficaz). Neste modelo de auto-regulação, a adaptação a uma doença específica resulta de um processo de resolução de problemas, no qual a decisão de realizar determinadas acções, reflecte a compreensão (representação) de uma ameaça à saúde, da capacidade pessoal para a controlar, e da experiência pessoal de custos e benefícios quanto à utilização de um determinado procedimento.

A teoria pressupõe que as pessoas formam esquemas representacionais de 'senso comum' sobre a sua doença ao processarem as várias fontes de informação (leigas, especializadas e/ou somáticas) disponíveis sobre a doença ou condição física/psicológica. A representação é caracterizada por ter um conteúdo emocional e cognitivo, com ambos os processos a actuarem em paralelo (H. Leventhal, Diefenbach & Leventhal, 1992).

As representações de doença

As representações cognitivas referem-se a imagens mentais ou esquemas pessoais relacionados com a saúde e a doença (Gochman, 1997). As representações da doença fornecem um meio de interpretação de sintomas e de lhes atribuir significados. Assim, por exemplo, relacionar os sintomas a um esquema cognitivo de gripe, ajuda a pessoa a ter uma ideia do que fazer com eles. As representações de doença estruturam-se de duas formas. A primeira relaciona-se com os atributos das representações que são representados simultaneamente de forma abstracta e de forma concreta, ou seja, têm uma natureza a dois níveis. Por exemplo, a identidade é representada como rótulo da doença e os seus sintomas; o tempo, é representado de modo conceptual (o tempo cronológico) e de modo perceptivo (o tempo "sentido"). A segunda baseia-se no pressuposto que as representações são construídas a partir de esquemas subjacentes ou padrões de atributos que podem reflectir as crenças acerca de doenças específicas ou classes específicas de doenças (H. Leventhal, E. Leventhal, & Cameron, 2001).

A investigação sobre a teoria da auto-regulação de senso comum tem definido que o conteúdo das representações cognitivas de doença pode ser organizado em cinco temas lógicos ou dimensões (Meyer, H. Leventhal, & Gutmann, 1985): identidade, causas, duração, consequências e controlo. A dimensão da identidade (Identity) representa as crenças individuais sobre o rótulo da doença, a natureza da doença e a ligação à experiência dos sintomas. A duração (timeline), refere-se às crenças individuais sobre o curso do tempo da doença (natureza aguda,

crónica ou cíclica). A dimensão consequências (consequences) reflecte as crenças pessoais sobre o potencial impacto e ameaça da doença no funcionamento e qualidade de vida. A dimensão controlo (Control) inclui as crenças sobre a disponibilidade, eficácia e acessibilidade pessoal aos tratamentos que podem levar à cura da doença. A dimensão causa (cause) refere-se a crenças pessoais sobre a origem provável da doença. A última dimensão, incluída mais tarde, representações emocionais (emotional representations) refere-se às respostas emocionais geradas pela doença. Estas representações indicam procedimentos de coping específicos para evitar e monitorizar a ameaça, bem como, definir objectivos para avaliar os resultados do coping (Bishop & Converse, 1986).

Diversos estudos têm apoiado a distinção empírica e a validade preditiva destas dimensões em diferentes doenças (e.g., Heijmans & De Rideer, 1998) através de um vasto número de medidas (e.g., Weinman, Petrie, Moss-Morris, & Horne, 1996). Uma meta-análise recente realizada por Hagger & Orbell (2003), revelou a existência de correlações positivas fortes entre as dimensões consequências, identidade e duração, e correlações negativas fortes entre as últimas dimensões e a dimensão cura/controlo.

Os dados empíricos são congruentes com os dois pressupostos básicos do modelo de auto-regulação: o primeiro, salienta que as pessoas agem como cientistas de senso-comum ao construírem as representações da ameaça de doença; e, o segundo, que as representações geram objectivos de auto-manejo e sugerem procedimentos para atingir os objectivos e os critérios de avaliação para uma resposta eficaz em lidar com a ameaça de doença (H. Leventhal et al., 2003).

A avaliação das representações de doença

A história da avaliação das representações de doença revela que apesar da curta história da investigação empírica sobre o tema, têm sido aplicados um número considerável de abordagens de avaliação. A publicação do *Illness Perception Questionnaire* (IPQ; Weinman, Petrie, Moss-Morris, & Horne, 1996) e da sua versão revista (IPQ-R; Moss-Morris, R., Weinman, J., Petrie, K.J., Horne, R., Cameron, L.D., & Buick, D. 2002) o instrumento mais usado na investigação empírica das percepções de doença (Hagger & Orbell, 2003). A versão revista oferece maior diferenciação das dimensões das representações de doença formando um mapa mais completo das representações cognitivas incluindo também o componente negligenciado da representação emocional. O componente identidade foi aumentado para incluir a escala de coerência da doença, definida como a extensão em que a doença é clara e não ambígua para o indivíduo. A dimensão cura/controlo foi separada em controlo pessoal e controlo de tratamento. O controlo pessoal relaciona-se com o modo como o indivíduo percebe que pode alterar o curso de acção da sua doença, e o controlo de tratamento refere-se às crenças sobre a eficácia da medicação ou outros tratamentos de controlo da doença. A investigação efectuada com a escala revista tem indicado que este tipo de escalas apresentam validade de constructo

e preditiva, precisão teste-reteste e consistência interna adequada num conjunto de doenças (Hagger & Orbell, 2005; Moss-Morris et al., 2002). Recentemente, uma versão reduzida, o IPQ-Brief, foi elaborada, por Broadbent, Petrie, Main e Weinman (2006).

A validade e a garantia destes questionários em pessoas com doença mental tem sido de modo geral bem apoiada. O Questionário de Percepções de Doença tem sido usado com sucesso em pacientes com psicose (Watson, Garety, Weinman, Dunn, Bebbington, Fowler, et al. (2006) e depressão (Fortune, Barrowclough, & Lobban, 2004), o Questionário de Percepções de Doença-Revisto em pessoas com anorexia nervosa (Holliday et al., 2005) e a versão breve do Questionário de Percepções de Doença em pacientes com psicose e perturbações da personalidade (Broadbent, Kydd, Sanders, & Vanderpyl (2008). Lobban e colegas desenvolveram uma versão modificada do Questionário de Percepções de doença para pacientes com esquizofrenia o *Illness Perception Questionnaire for Psychosis* (IPQP; Lobban, Barrowclough, & Jones, 2004, cuja versão de tradução e de adaptação para português foi elaborada por Adelaide Claudino (2004, manuscrito não publicado), bem como uma versão destinada aos familiares (Lobban, Barrowclough, & Jones, 2005).

Ainda mais recentemente, Witteman, Bolks e Hutschemaekers (2011) desenvolveram um questionário o *Illness Perception Questionnaire Mental Health* (IPQ-MH). A versão de tradução e de adaptação para português foi elaborada por Claudino, Brigas, Pires e Nicolau (2011, manuscrito não publicado), para avaliar os problemas de percepção em saúde mental, congruente com o questionário genérico original na avaliação das queixas somáticas.

Tem sido sugerido que os problemas de saúde mental, muito pela sua natureza, influenciam a capacidade de reflectir sobre as próprias experiências construindo assim, problemas perceptivos (Fortune, et al., 2004). Por outro lado, estes autores argumentam que mesmo que o humor depressivo possa co influenciar o modelo do paciente, isso não significa necessariamente que o modelo não seja útil, ou que seja menos provável que o modelo problema ou que tenha um impacto no comportamento, tal como a procura de ajuda ou a co cooperação no tratamento. A importância da questão, talvez não resida na necessidade do modelo reflectir a condição do paciente. É a representação subjectiva dos seus problemas que é o aspecto central a focar na intervenção terapêutica.

De um modo geral os diversos componentes das representações de doença, revelam inter-relações lógicas. Quando as doenças são entendidas como tendo grandes consequências, são geralmente percebidas como tendo uma duração longa e uma baixa eficácia de tratamento. Os sintomas também têm um papel fundamental no desenvolvimento das percepções de doença. Quando não existem sintomas é difícil para os pacientes manterem a ideia de que estão prestes a desenvolver uma doença. Talvez o aspecto mais interessante das representações de doença, seja saber o quanto variam estas percepções entre os diferentes pacientes com condições clínicas semelhantes. Uma perspectiva individual e singular está

no âmago do estudo das representações de doença. Esta abordagem considera que compreender, o modo como os pacientes concebem a sua condição clínica, pode ajudar a compreender o seu comportamento e levar a novas formas de apoiar o ajustamento à doença (Weinman & Petrie, 1997). Alguns investigadores começaram a adaptar o modelo das representações de doença aplicado à saúde mental.

As representações de doença em saúde mental

Uma das questões que emerge é a de perceber se o modelo das representações de doença é relevante para todos ou apenas alguns tipos de doença mental. Os trabalhos iniciais, sugerem que as representações de doença podem ser aplicáveis a um leque alargado de perturbações mentais, incluindo a esquizofrenia (Lobban, Barrowclough, & Jones, 2004), perturbações psicóticas não-afectivas (Watson, et al. 2006) perturbação bipolar (Pollack & Aponte, 2001), anorexia nervosa (Holliday, Wall, Treasure, & Weinman, 2005) perturbações psicóticas e da personalidade (Broadbent, Kydd, Sanders, & Vanderpyl, 2008) e depressão (Fortune, et al., 2004; Bhui, Rudell & Priebe, 2006). A investigação qualitativa tem também demonstrado que as representações de doença também são aplicáveis aos estados mais precoces da demência (Harman & Clare, 2006).

Têm sido realizados poucos estudos que analisam as dimensões subjacentes às crenças de doença mental, sendo por isso útil investigar mais esta área. Os estudos efectuados indicaram que, de modo similar às pessoas com diferentes doenças físicas, as pessoas com doença mental também formam representações cognitivas da sua condição clínica (Pollack & Aponte, 2001; Kinderman, Setzu, Lobban, & Salmon, 2006). O conteúdo das representações de doença, na doença mental pode ser menos consistente. Ao ler os contributos dos referidos artigos, podemos identificar as dimensões usuais das representações de doença – identidade, duração, causas, controlo e consequências, mas os autores também identificaram outros domínios ao usarem a análise de conteúdo.

Pollack e Aponte (2001) entrevistaram pessoas hospitalizadas com doença bipolar (a maior parte admitidas com sintomas psicóticos e mais de metade em hospitalização involuntária) e descreveram temas como “preocupação com o diagnóstico”, a “importância das metáforas pessoais”, e “lidar com o modelo médico”. Outros trabalhos qualitativos com pessoas com esquizofrenia, em regime de internamento hospitalar e em ambulatório, relataram temas, tais como “inseparabilidade da doença da identidade dos pacientes”, “flexibilidade e incerteza das crenças”, “dimensões sociais dos rótulos das doenças”, “separação do Si mesmo actual”, das experiências do passado, e “desânimo aprendido e resignação” (Kinderman et al., 2006).

Muitos destes temas parecem retirados das dimensões de representações de doença, apesar dos estudos originais a partir de 1970 não terem usado as técnicas de análise temática, os contributos dos pacientes com doença mental, ao serem analisados com os métodos originais, podem alinhar-se mais próximo das

dimensões de percepção de doença.

O tempo da avaliação da percepção de doença é de extrema relevância quer na doença física quer na doença mental. As representações de doença, mudam ao longo do tempo à medida que a distância do episódio agudo, aumenta (Claudino, 2005, tese de doutoramento, não publicada). Por exemplo, as percepções de doentes com enfarte agudo do miocárdio tendem a ser mais positivas após o período de recuperação, factor que deve ser tido em conta nas amostras de avaliação das percepções. Em pacientes com psicose, por exemplo, as percepções de doença serão melhor explicadas quando a pessoa está em fase de remissão da doença, e em melhores condições para dar um sentido à sua doença (Kinderman, et al., 2006; Ginó & Claudino, 2010, tese de mestrado, não publicada). Em estudos no âmbito da doença física, as representações de doença predizem resultados importantes, tais como o regresso ao trabalho e a adesão à medicação ou aos tratamentos (Petrie, Jago, & Devcich, 2007).

Poucos são os estudos que investigaram o modo como as representações de doença mental se relacionam com o funcionamento ou adaptação à doença mental. No entanto, nas investigações recentes, os resultados parecem promissores. Por exemplo, Lobban et al. (2004) concluíram que as percepções da doença estão associadas com o aumento da qualidade de vida e do coping em esquizofrenia, revelando ser as consequências negativas o mais forte preditor de pior qualidade de vida e de funcionamento pessoal. De modo similar, as percepções de doença em doentes com perturbações psicóticas não afectivas, foram associadas a níveis de depressão, ansiedade e auto-estima, com a dimensão identidade enquanto forte preditor (Watson et al., 2006). As atribuições causais externas, por exemplo, a cuidados médicos pobres são preditores de fraca adesão ao tratamento. De entre os utilizadores dos serviços de saúde mental, as percepções negativas foram associadas com necessidades não atingidas, baixo funcionamento, e uma atitude negativa à medicação e às consultas médicas (Broadbent et al., 2008).

Inúmeros estudos têm usado o paradigma da percepção de doença para investigar a associação deste com os resultados de saúde. Apesar de tudo, pouco se tem investigado sobre o modo como podemos usar a teoria para melhorar os resultados. Os primeiros estudos com a inclusão de programas de intervenção com base no conhecimento das percepções de doença, foram conduzidos em doentes com enfarte agudo do miocárdio, revelando sucesso na alteração das percepções, no rápido retorno ao trabalho e na diminuição das queixas da angina no período de seguimento dos doentes (Petrie, Cameron, Ellis, Buick, & Weinman, 2002). Parece existir potencial para replicar estes resultados a outros grupos de doenças e também efectuar intervenções baseadas nas percepções de doença em casos de doença mental. Pollack e Aponte, (2001) consideram que as entrevistas de avaliação de percepções de doença podem ser terapêuticas, na medida em que permitem ao paciente contar a sua história, considerando, novas questões e clarificando aspectos das suas doenças.

Num prefácio introdutório ao tema, em análise, Petrie (2008) menciona

existirem três áreas que parecem promissoras em termos da aplicação de intervenções baseadas nas percepções de doença para melhorar os resultados em determinadas condições de saúde mental. A primeira, relaciona-se com o aumento da adesão ao tratamento. A segunda, prende-se com a redução do uso inadequado de serviços de saúde. Muitos doentes, são “utilizadores frequentes”, o que contribui para o aumento desnecessário dos serviços de saúde. A terceira área, relaciona-se com a melhoria das relações familiares, bem como de outras pessoas significativas, através da análise e de terapia alinhada às percepções de doença. De modo similar, aos resultados encontrados na doença física, as discrepâncias nas percepções de doença entre os pacientes e os familiares têm sido relacionados a resultados fracos, em pacientes com psicoses e os membros da sua família (Kuipers., Watson., Onwumere., Bebbington., Dunn., Weinman et al., 2007).

Conclusão

A abordagem das representações de doença tem um enorme potencial na área da saúde mental. Ao colocar a compreensão dos pacientes sobre as suas doenças, no centro das atenções dos esforços de reabilitação, abre-se um vasto leque de possibilidades de intervenção. Será, no entanto, preciso efectuar mais investigação no paradigma das representações de doença, em saúde mental, no sentido de desenvolver intervenções individualizadas.

Referências Bibliográficas

- Barrowclough, C., Lobban, F., Hatton, C., & Quinn, J. (2001). An investigation of Barrowclough, C., Lobban, F., Hatton, C., & Quinn, J. (2001). An investigation of models of illness in carers of schizophrenia patients using the Illness Perception Questionnaire. *British Journal of Clinical Psychology*, 40, 371-385.
- Bishop, G., & Converse, S. (1986). Illness representations: A prototype approach. *Health Psychology*, 5, 95-114.
- Broadbent, E., Kydd, R., Sanders, D., & Vanderpyl, J. (2008). Unmet needs and treatment seeking in high users of mental health services: The role of illness perceptions. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 42, 147-153.
- Broadbent, E., Petrie, K.J., Main, J., & Weinman, J. (2006). The Brief Illness Perception Questionnaire (BIPQ). *Journal of Psychosomatic Research*, 60, 631-637.
- Claudino, A. Brigas, S., Pires, S., & Nicolau, V. (2011). *Tradução e Adaptação Portuguesa do Illness Perception Questionnaire – Mental Health*. (manuscrito não publicado).
- Claudino, A., (2005). *O estudo das representações de doença. Ajustamento emocional e adaptação funcional em pacientes com enfarte agudo do miocárdio e angina instável: variações em função do grupo clínico e da terapêutica*. Tese de doutoramento, não publicada. Universidade de Évora.

- De Ridder, D. T. D. & de Wit, J. B. F. (2006). Self-regulation in Health Behavior: Concepts, Theories, and Central Issues. In D.T.D. de Ridder and J.B.F. de Wit. (Eds) *Self-regulation in Health Behavior*. (pp. 1-23). New York: Wiley
- Fortune, G., Barrowclough, C., & Lobban, F. (2004). Illness representations in depression. *British Journal of Clinical Psychology*, 43, 347-364.
- Ginó, P. & Claudino, A. (2010). *As representações de doença mental e adesão ao tratamento*. Tese de mestrado não publicada. Universidade de Évora.
- Gochman, S. D. (1997). Personal Determinants. In Gochman, S. (Ed.), *Handbook of Health Behaviour Research* (vol. 1). New York: Plenum Press.
- Hampson, S. E., (1997). Illness representations and the self-management of diabetes. In K. J. Petrie & J. Weinman (Eds.), *Perceptions of health and illness* (pp. 323-347). Amsterdam: Harwood Academic Press.
- Hampson, S. E., Glasgow, R. E., & Foster, L. S. (1995). Personal models of diabetes among older adults: Relation to self-management and other variables. *The Diabetes Educator*, 21(4), 300-307.
- Hagger, M.S. & Orbell, S. (2003). A meta-analytic review of the common-sense model of illness representations, *Psychology and Health*, 18: 141-84.
- Harman, G.; & Clare, L. (2006). Illness representations and lived experience in early-stage dementia. *Qualitative Health Research*, 16, ((4)) 484-502.
- Heijmans, M., & De Ridder, D. (1998). Structure and determinants of illness representations in chronic disease: A comparison of Addison's disease and the Chronic Fatigue Syndrome. *Journal of Health Psychology*, 3, 523-537.
- Horne, R., James, D., Petrie, K., Weinman, J., & Vincent, R. (2000). Patients' interpretations of symptoms as a cause of delay in reaching hospital during acute myocardial infarction. *Heart*, 83(4), 388-393.
- Kinderman, P., Setzu, E., Lobban, F., & Salmon, P. (2006). Illness beliefs in schizophrenia. *Social Science and Medicine*, 63, 1900-1911.
- Kuipers, E., Watson, P., Onwumere, J., Bebbington, P., Dunn, G., Weinman, J., et al. (2007). Discrepant illness perceptions, affect and expressed emotion in people with psychosis and their carers. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 42, 277-283.
- Leventhal, H. (1970). Findings and theory in the study of fear communications. *Advances in Experimental Social Psychology*, 5, 119-186.
- Leventhal, H. Brissette, I. & Leventhal E. (2003). The common-sense model of self-regulation of health and illness. In L. Cameron & H. Leventhal (Eds.), *The self regulation on health and illness behaviour* (pp. 42 - 65). London: Routledge.
- Leventhal, H., Diefenbach, M., & Leventhal, A. E., (1992). Illness cognition-using common sense to understand treatment adherence and affect cognition interactions. *Cognitive Therapy and Research*, 16, 143-163.
- Leventhal, H., Leventhal, E. & Cameron, L. (2001). Representations, procedures, and affect in illness self-regulation: A perceptual-cognitive model. In A. Baum, T. Revenson, & J. Singer (Eds.), *Handbook of Health Psychology* (pp. 19-48). Lawrence Erlbaum Associates, Inc.

- Leventhal, H., Meyer, D., & Nerenz, D. (1980). The common-sense representation of illness danger. In S. Rachman (Ed.), *Contributions to Medical Psychology* (pp. 7-30). New York: Pergamon Press.
- Leventhal, E. A. & Crouch, M. (1997). Are There Differences in Perceptions of Illness Across the Lifespan? In K. J. Petrie, & J. A. Weinman (Eds.), *Perceptions of Health & Illness*. Amsterdam: Harwood Academic Publishers.
- Leventhal, H., Nerenz, D., & Steele, D. (1984). Illness representations and coping with health threats. In A. Baum, E. Taylor, & J. Singer (Eds.), *Handbook of Psychology and Health*. Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Leventhal, H., Benyamini, Y., Brownlee, S., Diefenbach, M., Leventhal, E.A., Patrick-Miller, L., & Robitaille, C. (1997). Illness representations: Theoretical foundations. In K. J. Petrie & J. Weinman (Eds.), *Perceptions of health and illness* (pp. 19-46). Amsterdam: Harwood Academic Press.
- Leventhal, H., Nerenz, D.R., & Steele, D.J. (1984). Illness representations and coping with health threats. In A. Baum & J. Singer (Eds.), *A handbook of psychology and health* (Vol. 4, pp. 219-252). Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Lobban, F., Barrowclough, C., & Jones, S. (2004). The impact of beliefs about mental health problems and coping on outcome in schizophrenia. *Psychological Medicine*, 34, 1165-1176.
- Lobban, F., Barrowclough, C., & Jones, S. (2005). Assessing cognitive representations of mental health problems. 2. The illness perception questionnaire for schizophrenia: Relatives' version. *British Journal Clinical Psychology*, 44, 163-179.
- Meyer, D., Leventhal, H., & Gutmann, M. (1985). Common-sense models of illness: The example of hypertension. *Health Psychology*, 4, 115-135.
- Moss-Morris, R., Weinman, J., Petrie, K.J., Horne, R., Cameron, L.D., & Buick, D. (2002). The Revised Illness Perception Questionnaire (IPQ-R). *Psychology and Health*, 17, 1-16.
- Petrie, K.J., Cameron, L.D., Ellis, C.J., Buick, D., & Weinman, J. (2002). Changing illness perceptions following myocardial infarction: An early intervention randomized controlled trial. *Psychosomatic Medicine*, 64, 580-586.
- Petrie, K.J., Jago, L.A., & Devcich, D.A. (2007). The role of illness perceptions in patients with medical conditions. *Current Opinion in Psychiatry*, 20, 163-167.
- Petrie, K., Broadbent, E., & Kydd, R., (2008). Illness Perceptions in mental health: Issues and potential applications.
- Pollack, L.E., & Aponte, M. (2001). Patients' perceptions of their bipolar illness in a public hospital setting. *Psychiatric Quarterly*, 72, 167-179.
- Watson, P.W.B., Garety, P.A., Weinman, J., Dunn, G., Bebbington, P.E., Fowler, D., et al. (2006). Emotional dysfunction in schizophrenia spectrum psychosis: The role of illness perceptions. *Psychological Medicine*, 36, 761-770.
- Weinman, J., & Petrie, K.J. (1997). Illness perceptions: A new paradigm for psychosomatics? *Journal of Psychosomatic Research*, 42, 113-116.
- Weinman, J., Petrie, K.J., Moss-Morris, R., & Horne, R. (1996). The Illness Perception Questionnaire: A new method for assessing illness perceptions.

Psychology and Health, 11, 431-446.
Wittman, C., Bolks, L., e Hutschemaekers, G. (2011). Development of the Illness Perception Questionnaire Mental Health. *Journal of Mental Health*, 20, 115-25