

Universidade do Vale do Rio dos Sinos
Programa de Pós-Graduação em Psicologia
Mestrado em Psicologia Clínica
Linha de pesquisa: Processos Saúde-doença em Contextos Institucionais

Gerusa Estelita da Silva Pires

**Prevenção e promoção da saúde no contexto organizacional: percepção da doença,
estresse e bem-estar subjetivo de trabalhadores hipertensos e normotensos**

Orientadora: Profa. Dra. Elisa Kern de Castro
Coorientadora: Profa. Dra. Ana Carolina Peuker

São Leopoldo, fevereiro de 2017

GERUSA ESTELITA DA SILVA PIRES

**Prevenção e promoção da saúde no contexto organizacional: percepção da doença,
estresse e bem-estar subjetivo de trabalhadores hipertensos e normotensos**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Área de Concentração Psicologia Clínica, da Universidade do Vale do Rio dos Sinos, como exigência parcial para obtenção do título de Mestre em Psicologia.

Orientadora: Profa. Dra. Elisa Kern de Castro
Coorientadora: Profa. Dra. Ana Carolina Peuker

São Leopoldo, fevereiro de 2017

P667p Pires, Gerusa Estelita da Silva.
Prevenção e promoção da saúde no contexto organizacional:
percepção da doença, estresse e bem-estar subjetivo de
trabalhadores hipertensos e normotensos / Gerusa Estelita da Silva
Pires. – 2017.

87 f.: il.; 30 cm.

Dissertação (mestrado) – Universidade do Vale do Rio dos
Sinos, Programa de Pós-Graduação em Psicologia, 2017.

“Orientadora: Profa. Dra. Elisa Kern de Castro. ”

“Coorientadora: Profa. Dra. Ana Carolina Peuker. ”

1. Psicologia. 2. Doenças. 3. Stress (Psicologia). 4. Hipertensão
– Aspectos psicossomáticos. 5. Bem-estar I. Castro, Elisa Kern de.
II. Peuker, Ana Carolina. III. Título.

CDU 159.938.363.6

*“O potencial da humanidade é infinito e
cada ser tem uma contribuição a fazer
por um mundo mais grandioso. Estamos
todos juntos nele. Somos UM. ”*

Helena Blavatsky

*Este trabalho é dedicado
especialmente ao Rodrigo,
por seu apoio incondicional
ao longo desta jornada.*

Agradecimentos

Ao Rodrigo, meu amor, amigo, grande incentivador e apoiador deste sonho. Seu amor, paciência e carinho foram meu combustível durante toda a caminhada. Gratidão eterna por TUDO! Essa realização é tão sua quanto minha e minha ausência será compensada com muitos momentos felizes juntos.

À minha orientadora, Profa. Elisa, por ter me recebido de braços abertos no grupo e ter acreditado em mim desde o início, incentivando e compartilhando conhecimentos que levarei por toda a vida. Sua competência, praticidade e leveza são inspiradoras. À minha co-orientadora, Profa. Ana, pelas infundáveis ideias e por ser inspiração para o pensar e o ir além. Gratidão por serem minha tranquilidade e confiança nos momentos de incerteza e preocupação.

À minha amada mãe pela base de vida e por ser meu exemplo de força e determinação. À minha irmã Camila (meu coração fora do peito), pelo amor além do universo, pela torcida e por estar sempre perto, mesmo a milhas e milhas distante.

A meus familiares pela torcida e amor. Aos meus irmãos por serem uma parte preciosa da minha história. Que esta conquista incentive principalmente minha irmã e minhas amadas sobrinhas Thais, Natasha e Manuella a acreditarem e a lutarem por seus sonhos. A meus sogros pelo carinho e disponibilidade de nos ajudar.

À todas as amigas e os amigos que torceram e emanaram boas energias, em especial à Priscila, parceira de risadas e muito presente nesta jornada e à Lu Babinski, que mesmo tão longe sempre deu seu jeitinho para saber notícias e me apoiar.

À colega do GEAPSA, Lilian, pela parceria e contribuição imprescindíveis neste trabalho. A todos os bolsistas e colegas do GEAPSA pelo apoio e carinho.

À Renata Zancan, pela disponibilidade para conduzir a intervenção. Sua participação foi essencial para a realização deste trabalho.

Às professoras do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Unisinos, pela receptividade e conhecimentos compartilhados. Aos colegas do mestrado, pelas contribuições para este trabalho, momentos descontraídos e apoio emocional.

Às professoras da banca, pela dedicação em contribuir com o enriquecimento desta pesquisa, através de suas ideias e vasto conhecimento. Sinto-me honrada em contar com profissionais que tanto admiro para examinar este trabalho.

Aos participantes desta pesquisa por terem aceito participar, compartilhado suas vivências e tornado este trabalho possível. À empresa por acolher a proposta e viabilizar esta pesquisa, especialmente as integrantes da equipe de saúde Natália e Lisandra, que gentilmente apoiaram com muita dedicação e competência todas as etapas do trabalho.

À força divina pela liberdade de ajudar a construir um mundo melhor e por eu ter chegado aqui, aprendendo e trilhando minha busca por evoluir como SER.

Sumário

Lista de figura, gráficos s e tabelas	9
Lista de abreviaturas	10
Resumo.....	11
Abstract.....	12
Apresentação	13
Seção I.....	15
Artigo empírico: A relação entre percepção da doença, estresse e bem-estar subjeto de trabalhadores hipertensos e normotensos	
Resumo.....	15
Introdução	15
Método	19
Delineamento	19
Participantes.....	19
Instrumentos.....	20
Procedimentos de coleta de dados	22
Análise de dados	23
Resultados	24
Discussão.....	28
Conclusões	32
Referências	34
Seção II.....	40
Artigo empírico: Intervenção piloto para gerenciamento do estresse e da percepção da doença em trabalhadores hipertensos e normotensos	
Resumo.....	40
Introdução	41
Método	50
Delineamento	50
Participantes.....	50
Intervenção.....	44
Instrumentos.....	53
Procedimentos de coleta de dados	54
Análise de dados	55
Resultados	55
Discussão.....	61
Conclusões	64
Referências	67
Considerações finais da dissertação	72
Apêndices.....	76

Apêndice A - Questionário biosociodemográfico/de comportamentos em saúde ...	76
Apêndice B - Questionário breve de percepção de doenças	80
Apêndice C - Escala de estresse percebido	82
Apêndice D - Escala de afetos positivos e afetos negativos	83
Apêndice E - Escala de satisfação de vida	84
Apêndice F - Carta de anuência	85
Apêndice G - TCLE	86
Apêndice H - Folder	87
Apêndice I - Certificado	88
Apêndice J - Quiz saúde	89

Lista de figura, gráficos s e tabelas

FIGURA 1 – Participantes	52
GRÁFICO 1 – Diferenças no pós-teste da percepção da doença (hipertensos).....	59
GRÁFICO 2 – Diferenças no pós-teste da percepção da doença (normotensos).....	59
TABELA 1 – Dados biosociodemográficos da amostra (artigo 1)	25
TABELA 2 – Percepção da doença	26
TABELA 3 – Bem-estar subjetivo	27
TABELA 4 – Cronograma dos encontros da intervenção	45
TABELA 5 – Dados biosociodemográficos da amostra (artigo 2).....	56
TABELA 6 – Comportamentos em saúde	58
TABELA 7 – Percepção da doença pré e pós-teste	60
TABELA 8 – Estresse percebido e estado atual de saúde	61

Lista de abreviaturas

DRA - Doutora

PROFA – Professora

AHA - *American Heart Association*

BES – Bem-estar Subjetivo

B- IPQ – *Brief Illness Perception Questionnaire*

CEP – Comitê de Ética em Pesquisa

DP – Desvio Padrão

HAS – Hipertensão Arterial Sistêmica

IPQ-R - *Illness Perception Questionnaire-Revised*

MSC – Modelo de Senso Comum

PA – Pressão Arterial

PANAS – *Positive and negative affect scale*

PSS – *Perceived stress scale*

SPSS – *Statistical Package for the Social Sciences*

TCLE - Termo de consentimento Livre e Esclarecido

UNISINOS – Universidade do Vale do Rio dos Sinos

WHO – *World Health Organization*

Resumo

Esta dissertação é composta por dois artigos empíricos derivados de um projeto de pesquisa sobre a percepção da doença, o estresse percebido e o bem-estar subjetivo de trabalhadores hipertensos e normotensos. No primeiro artigo, examinou-se a percepção da doença, níveis de estresse e bem-estar subjetivo dos trabalhadores e a relação entre esses constructos. No segundo artigo, desenvolveu-se e testou-se um protocolo de intervenção piloto, avaliando seus efeitos na percepção da doença e no gerenciamento do estresse. Ambos os estudos foram quantitativos, sendo o primeiro transversal correlacional e o segundo quase-experimental. Participaram dos estudos 33 trabalhadores, divididos entre hipertensos e normotensos. Os instrumentos utilizados foram um questionário de dados biosociodemográficos (comportamentos em saúde), a escala breve de percepção da doença e a de estresse percebido para ambos os estudos. Adicionalmente, utilizou-se as escalas de afeto positivo e negativo e a de satisfação de vida para o estudo 1. No estudo 1, os resultados revelaram que hipertensos percebem a doença como não ameaçadora, enquanto que os normotensos percebem a hipertensão como levemente ameaçadora. Além disso, ambos os grupos perceberam que tanto o indivíduo quanto o tratamento têm grande importância no controle da doença. Normotensos tiveram alta percepção de que a doença é sintomática (identidade) e de que causa muitas consequências à vida do portador. Os resultados deste estudo indicaram também níveis médios de satisfação de vida, estresse e afeto positivo, enquanto que os níveis de afeto negativo foram baixos para homens e médios para mulheres. Tais resultados possibilitaram maior compreensão acerca das crenças sobre a doença, do estresse e do bem-estar subjetivo dos hipertensos e normotensos, evidenciando as diferenças entre as crenças de ambos os grupos e as semelhanças em relação aos níveis de bem-estar e estresse. No estudo 2, os resultados evidenciaram os efeitos positivos da intervenção em ambos os grupos, especialmente através da redução dos níveis de estresse e da ampliação nas percepções de compreensão (coerência) e de controle pessoal acerca da doença. Tais resultados reforçam a importância da educação em saúde como estratégia de promoção da autonomia do indivíduo, visando à prevenção e controle da Hipertensão. Ademais, os achados indicaram que em função das diferenças entre as condições clínicas é importante personalizar futuras intervenções de acordo com as necessidades específicas de cada grupo. Os achados de ambos os estudos podem ser úteis para o planejamento de futuras estratégias de prevenção e controle da hipertensão com a população em geral, mas especialmente com trabalhadores dos diversos segmentos.

Abstract

This thesis is composed of two empirical articles, part of a research project regarding the illness perception, perceived stress and subjective well-being of hypertensive and normotensive workers. In the first paper, we examined the illness perception, stress levels and subjective well-being of the participants and the relationship between these constructs. In the second paper, a pilot intervention protocol was developed and tested, to evaluate its effects on the illness perception and stress management. Both studies were quantitative, being the first a cross-sectional correlational and the second a quasi-experimental design. The participants were 33 workers, divided into hypertensive and normotensive. The instruments used for both studies were biosociodemographic/health behaviors questionnaire, Brief illness perception and Perceived stress scales, additionally PANAS and Life satisfaction scales were used for study 1. In study 1, the results revealed that hypertensive perceived the illness as non-threatening, whereas normotensive perceived hypertension as slightly threatening. In addition, both groups believed that the individual and the treatment have great importance to control the disease. Normotensive had high perception that the illness is symptomatic (identity) and that it causes many consequences for the patient's life. The results also indicated moderate levels of life satisfaction, stress and positive affect, while the levels of negative affect were low for men and moderate for women. These results allowed a better understanding about illness perception, stress and subjective well-being of hypertensive and normotensive workers, highlighting that both groups were different in terms of illness perception, but similar in levels of subjective well-being and stress. In study 2, the results demonstrated the positive effects of the intervention in both groups, especially through the reduction of stress levels and the increase in the perceptions of comprehension (coherence) and personal control about the illness. These results reinforce the importance of health education as a strategy to promote individual autonomy, aiming the prevention and control of hypertension. In addition, the findings indicated that due to the difference of both clinical conditions, it's important to personalize future interventions as per the specific needs of each group. The findings of both studies may be useful for planning future strategies for the prevention and control of hypertension with the general population, but especially with workers from different segments.

Apresentação

Esta dissertação refere-se a uma pesquisa que investigou a percepção da doença, o estresse e o bem-estar subjetivo em trabalhadores hipertensos e normotensos, sendo realizada em uma Indústria Petroquímica da Grande Porto Alegre. O trabalho foi orientado pela Profa. Dra. Elisa Kern de Castro, do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade do Vale do Rio dos Sinos, vinculada à linha de pesquisa “Processo de Saúde-Doença em Contextos Institucionais” e coorientado pela Profa. Dra. Ana Carolina Peuker, vinculada ao Instituto de Psicologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

O interesse pela temática surgiu ao longo de minha trajetória trabalhando com desenvolvimento humano em empresas de diversos segmentos, por ter observado o grande número de trabalhadores portadores de doenças crônicas como a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), que necessitavam de atenção psicológica para fortalecimento de estratégias de controle da doença e melhoria de sua condição de saúde. Nesse sentido, o contexto organizacional revela-se muito propício para ações de prevenção e promoção da saúde, considerando que as pessoas passam pelo menos um terço de seu dia nesse local.

Com isso, é possível alcançar uma parte substancial da população e influenciar positivamente seu comportamento em saúde. A HAS é considerada um dos pontos de maior atenção da saúde pública mundial, pois seu controle depende não só do tratamento medicamentoso, mas de mudanças no estilo de vida. Nesse sentido, os normotensos também constituem um público relevante para ações de prevenção, visando à manutenção de seu *status* de saúde e a adoção e multiplicação de comportamentos saudáveis junto às pessoas de seu convívio.

Para tanto, entende-se que tais mudanças no estilo de vida estão associadas às crenças do indivíduo sobre a doença. Diante disso, utilizou-se o Modelo Teórico do Senso Comum (MSC) para investigar e promover o ajuste das crenças dos participantes acerca da HAS. O modelo foi escolhido por ser amplamente aceito na literatura específica da área e pelo corpo consistente de estudos sobre as crenças em saúde e sua relação fundamental com a adesão a regimes de tratamento e a comportamentos saudáveis. O MSC é um modelo teórico bastante explorado entre populações com agravos de saúde, no entanto não há evidências de intervenções com populações saudáveis. Nessa perspectiva, este trabalho diferencia-se por propor também uma intervenção preventiva para o público normotenso. Também se utilizou o Modelo Transacional do Estresse como base para promover o manejo do estresse entre os participantes. Esse modelo preconiza que a forma como uma pessoa percebe as situações tem relação com o quão estressoras tais situações serão para ela e, a partir disso, que estratégias de enfrentamento serão utilizadas.

Adicionalmente, o interesse e a curiosidade prévios em compreender porque algumas pessoas demonstravam ser mais felizes e lidar melhor com as adversidades do cotidiano, motivou o estudo da Psicologia Positiva e mais especificamente do constructo de bem-estar subjetivo, investigando-se seus impactos e possíveis associações com as outras variáveis deste trabalho. Diante desse contexto, a presente pesquisa está organizada em

duas seções: A Seção I, que compreende um artigo empírico intitulado “*A relação entre Percepção da doença, estresse e Bem-estar subjetivo de trabalhadores hipertensos e normotensos*”, no qual são apresentados e discutidos os resultados de um estudo transversal e correlacional sobre os constructos mencionados nesta apresentação. A seção II compreende um artigo empírico denominado “*Intervenção piloto para gerenciamento do estresse e da percepção da doença em trabalhadores hipertensos e normotensos*”, no qual são apresentados e discutidos os resultados de um estudo quase-experimental, que incluiu o desenvolvimento e a descrição de um protocolo piloto, bem como a avaliação de seus efeitos nas crenças sobre a HAS e nos níveis de estresse dos participantes.

Seção I - Artigo Empírico: A relação entre percepção da doença, estresse e bem-estar subjetivo de trabalhadores hipertensos e normotensos

Resumo

Este estudo foi desenvolvido a fim de examinar e correlacionar as dimensões da percepção da doença, estresse percebido e bem-estar subjetivo de trabalhadores hipertensos e normotensos. Participaram 33 trabalhadores de uma indústria petroquímica (19 hipertensos e 14 normotensos), que responderam a um Questionário de biosociodemográfico, à Escala Breve de Percepção da Doença, à Escala de Estresse Percebido, à Escala de afetos Positivos e Negativos e a de Satisfação de Vida. Os resultados sugerem que os hipertensos perceberam a doença como pouco ameaçadora, enquanto que os normotensos perceberam como levemente ameaçadora. Os participantes apresentaram níveis moderados de estresse, afeto positivo e satisfação de vida e níveis baixos de afeto negativo para homens e médios para mulheres. Conclusão: Hipertensos e normotensos diferem em relação às crenças sobre a doença, porém demonstram semelhanças a partir dos níveis moderados de estresse e bem-estar subjetivo.

Palavras chave: Hipertensão, Percepção da doença, Estresse, Bem-estar subjetivo

Introdução

A HAS é a principal causa de mortes por doenças cardiovasculares e um risco para Doenças Renais e Acidente Vascular Cerebral (AVC). É uma doença crônica, silenciosa e de difícil controle, principalmente devido à dificuldade de muitas pessoas em perceber os reais riscos associados à HAS (*World Health Organization* [WHO], 2013). Nesse sentido,

os aspectos psicológicos podem influenciar diretamente no controle e prevenção da HAS, pois a percepção da ameaça que a doença representa pode estar vinculada a uma modificação do comportamento em saúde (Cameron, 2003; Hsiao, Chang, & Chen, 2012).

O Modelo Teórico de Senso Comum (MSC) ou de Autorregulação em Saúde propõe uma estrutura teórica para investigar como a percepção pode influenciar no comportamento de uma pessoa frente às doenças, seja ela saudável ou portadora da enfermidade (Leventhal, Meyer, & Nerenz, 1980). O modelo sustenta que os indivíduos constroem esquemas mentais sobre a doença a partir de suas reações a estímulos internos e externos, tais como sintomas, experiências, fatores de personalidade etc. A estrutura desses esquemas tem uma representação cognitiva e uma emocional e o conteúdo dessas representações resulta na percepção/crenças sobre a doença. A partir dessas crenças, o indivíduo ativa sua percepção sobre a ameaça que a doença representa à saúde e adota as ações para enfrentá-la (Cameron, 2003; Leventhal, Phillips, & Burns, 2016).

Conforme o MSC, o conteúdo da percepção da doença, ou das crenças em saúde, é organizado nas dimensões identidade (sintomas), causas (fatores que causam), duração crônica ou aguda, duração cíclica (curso da doença ao longo do tempo), consequências (impacto no funcionamento físico, psicológico e social), controle pessoal (o quanto o portador pode controlar ou alcançar a cura da doença) e controle do tratamento (eficácia do tratamento). Além dessas, também integram o modelo as dimensões coerência (compreensão da doença) e representação emocional (emoções associadas à doença, como preocupação e medo) (Leventhal et al., 1980; Moss-Moris et al., 2002).

Postula-se que as percepções relacionadas às doenças crônicas estão associadas a efeitos físicos e psicológicos e são consideradas preditoras do estresse, que é um importante fator de risco para a elevação da pressão arterial (Hagger & Orbell, 2006; Israel, White, &

Gervino, 2015). Entretanto, crenças de que a HAS decorre do estresse e que pode ser controlada através do seu gerenciamento tornam-se problemáticas caso os portadores da doença adotem o gerenciamento do estresse como única ação, abdicando do uso de medicamentos e das recomendações relativas às mudanças no estilo de vida (alimentação, exercícios, por exemplo) (Hekler et al., 2008).

Sugere-se que o estresse ocorre como resultado da interação do indivíduo com o ambiente no qual está inserido. O indivíduo se sente em condição de estresse por perceber que tal interação com o meio ultrapassa suas condições de superá-la e, com isso, passa a ativar estratégias para enfrentar os agentes estressores (Lazarus & Folkman, 1984). O estresse está associado também ao bem-estar, pois quanto maior a percepção de uma pessoa de que eventos estressores geram impactos em sua vida, menor nível de bem-estar ela tende a experimentar (Burns & Machin, 2013).

O bem-estar subjetivo (BES) trata-se de um campo de estudo no qual investiga-se como e por que as pessoas experimentam emoções positivas (afeto positivo) em suas vidas, sendo também considerado sinônimo da avaliação subjetiva da qualidade de vida (Giacomoni, 2004). Além do afeto positivo, o BES está relacionado às emoções negativas (afeto negativo) e à satisfação de vida percebidas pelo indivíduo e consiste em dois componentes: afeto e cognição. O componente afetivo refere-se à frequência de experiências prazerosas e às reações afetivas frente a eventos da vida. Já o cognitivo, a satisfação de vida, refere-se ao quanto um indivíduo se considera satisfeito quando pensa em sua vida de forma geral (Diener, 2006).

Os níveis de BES tendem a ser estáveis ao longo da vida de uma pessoa. As principais teorias do bem-estar subjetivo são apresentadas em dois grandes blocos opostos denominados *bottom-up* e *top-down*. As abordagens *bottom-up*, mantêm como base o

pressuposto de que existe uma série de necessidades humanas básicas, e que a satisfação ou não, destas resulta no BES. Porém, nos últimos anos, há evidências de que os fatores relacionados às condições de vida exercem pouca influência nos níveis de BES e de que essas variáveis são, na verdade, mediadas por características intrínsecas de cada indivíduo. Diante disso, passou-se a considerar as abordagens *top-down* como mais adequadas para a compreensão do BES (Giacomoni, 2004).

Nessas abordagens, sustenta-se que as pessoas são propensas a interpretar as experiências de vida (positiva ou negativamente) conforme suas características e recursos internos e que essa propensão é o que exerce maior influência nos níveis de BES (Giacomoni, 2004). Com respeito à mensuração do BES, apesar de não haver um consenso na literatura sobre a melhor maneira de mensurá-lo, uma forma bastante utilizada é a avaliação independente de seus componentes (afetos e satisfação de vida), considerando que quanto mais afeto positivo e satisfação de vida uma pessoa apresentar, maior será seu nível de BES (Busseri & Sadava, 2011). Diante disso, no presente estudo optou-se por adotar essa mesma forma de mensuração.

Estudos têm associado o BES a processos fisiológicos e ao desenvolvimento de doenças, pois em nível psicofisiológico, o afeto positivo contribui para a imunidade, para o controle do estresse e para as funções cardiovascular e endocrinológica. Em contrapartida, o afeto negativo pode ser prejudicial a esses processos do organismo (DeNeve, Diener, Tay, & Xuereb, 2013; Diener & Tay, 2012). Diante disso, é importante que os impactos do BES sejam examinados tanto em indivíduos com boas condições de saúde, como em portadores de doenças crônicas (Howell, Kern, & Lyubomirsky, 2007). Para isso, considerar a relação entre BES e as percepções que os indivíduos mantêm sobre sua saúde, especialmente no

caso da HAS, pode ser relevante para promover estratégias de prevenção e controle da doença a partir dos aspectos psicológicos (Angner, Ray, Saag, & Allison, 2009).

Os achados de estudos realizados com normotensos e hipertensos para investigar as percepções acerca da HAS, indicam crenças de que a doença é estável, de longa duração (crônica), sintomática e altamente controlável pelo indivíduo e pelo tratamento, tendo um impacto moderado na vida dos portadores. Os participantes consideraram o estresse como uma das principais causas da doença. No caso dos hipertensos, os participantes com menor senso de controle e percepção de que a doença é sintomática apresentaram menor cumprimento de regimes de tratamento e adoção de comportamentos saudáveis (Castillo, Godoy-Izquierdo, Vásquez, & Godoy, 2013; Chen, Tsai, & Chou, 2011).

Apesar do crescente interesse pelo estudo da percepção da doença, ainda há carência de investigações que incluam pessoas saudáveis e portadoras de doenças crônicas, e mais ainda no contexto de trabalho. Castillo et al. (2013) reforçam que é importante desenvolver pesquisas para conhecer como uma doença de longa duração e que pode ser prevenida, como a HAS, é percebida por pessoas saudáveis e portadoras, visando à sua prevenção e tratamento. Diante disso, o objetivo deste estudo foi examinar e correlacionar a percepção da doença, o estresse percebido e o BES de trabalhadores hipertensos e normotensos.

Método

Delineamento

Estudo transversal e correlacional (Creswell, 2010).

Participantes

O estudo foi realizado com 33 trabalhadores de uma indústria petroquímica (divididos em dois grupos: 19 hipertensos e 14 normotensos), situada na Grande Porto

Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil. A referida unidade da empresa tinha cerca de 600 trabalhadores, dos quais 422 atuavam em horário comercial (entre 7h e 17h), horário esse que foi definido como viável para a realização da pesquisa na empresa. Desse total de trabalhadores diurnos, 24 (6%) tinham diagnóstico prévio de HAS, conforme diagnóstico feito por médico cardiologista da empresa, através de avaliação anual de saúde, que incluiu avaliação clínica e medidas biológicas. A avaliação foi registrada no prontuário de saúde dos trabalhadores e os resultados reportados pela enfermeira de saúde ocupacional à equipe de pesquisa.

Os critérios de inclusão para ambos os grupos foram ter idade mínima de 18 anos, trabalhar no horário comercial e ter pelo menos Ensino Fundamental Completo. Para o grupo de hipertensos, também foi necessário ter o diagnóstico prévio de HAS. Inicialmente, todos os portadores da doença (N = 24) manifestaram interesse em participar, sendo que desses, 19 (79%) compareceram à primeira coleta. O motivo alegado para não comparecimento dos restantes foi incompatibilidade de horários entre suas atividades profissionais e a agenda da intervenção.

Para o grupo de normotensos foram convidados todos os trabalhadores sem diagnósticos de HAS (N = 398). Como critérios de exclusão foi estabelecido que os normotensos não poderiam ser portadores de doença renal crônica, cardíaca ou ter histórico pessoal de AVC. Desse total, 22 (8,76%) manifestaram interesse em participar, sendo que 14 (3,52%) compareceram à coleta de dados.

Instrumentos

Questionário biosociodemográfico: elaborado pela pesquisadora, sendo composto por questões para levantamento de dados pessoais, tais como idade, sexo, escolaridade, estado

civil, tempo de empresa, além de questões relacionadas aos aspectos clínicos, incluindo o tempo de diagnóstico de HAS, uso de medicação e histórico familiar de HAS (apêndice A).

Brief Illness Perception Questionnaire (Brief IPQ: Broadbent, Petrie, Main, & Weinman, 2006): o Brief IPQ (apêndice B) é composto por nove itens desenvolvidos a partir do instrumento original, o IPQ-R (*Illness perception Questionnaire – Revised*). Na versão brasileira do instrumento (Nogueira, Seidl, & Tróccoli, 2016) a análise extraiu dois fatores: o Fator 1 (quatro itens; alfa de Cronbach = 0,80) e o Fator 2 (três itens; alfa de Cronbach = 0,52). O Fator 1 (representação emocional) é composto pelos itens consequências (item 1), identidade (item 4), preocupações (item 5) e emoções (item 7). O Fator 2 (representação cognitiva) incluiu o controle pessoal (item 2), o controle do tratamento (item 3) e a coerência (item 6). O item referente à dimensão temporal (item 8) apresentou cargas fatoriais muito baixas, o que levou à sua exclusão dos fatores. Os itens são respondidos utilizando uma escala tipo Likert de 10 pontos, exceto o item causal e de duração, que são perguntas abertas. As respostas relacionadas ao item causal foram agrupadas em categorias. A partir de 33 pontos a doença é considerada como ameaçadora e quanto maior o total, maior a percepção de ameaça (amplitude de 0-70). A versão brasileira foi testada e validada também com portadores de HAS. Neste estudo o instrumento original foi adaptado para que também pudesse ser respondido por pessoas saudáveis.

Escala de Estresse Percebido (*Perceived Stress Scale: Cohen, Karmack, & Mermelsteinm, 1983*): validada para o português com consistência interna de $\alpha=0,83$ (Luft, Sanches, Mazo, & Andrade, 2007), é composta por 14 itens em escala tipo Likert de cinco pontos, variando de “nunca” a “sempre” (apêndice C). As questões estão distribuídas entre sete positivas e sete negativas e referem-se aos sentimentos e pensamentos dos

participantes durante os últimos 30 dias. O total da escala foi obtido a partir da soma das pontuações dos 14 itens e os escores variam de 0 a 56.

Escala de Afeto Positivo e Afeto Negativo - PANAS (Watson, Clark, & Tellegen, 1988): traduzida no Brasil por Giacomoni e Hutz (1997) e refinada posteriormente por Zanon e Hutz (2014) (Apêndice D), avalia os constructos de afeto positivo e negativo. É composta por 20 itens em escala likert de cinco pontos, sendo cada fator composto por dez adjetivos, que representam sentimentos e emoções como: “amável”, “animado”, “aflito”, “irritado”.

Escala de Satisfação de Vida (Diener, Emmons, Larsen, & Griffin, 1985): a escala de Satisfação de vida (apêndice E), traduzida no Brasil por Giacomoni e Hutz (1997) e refinada por Zanon e Hutz (2014), avalia o constructo de satisfação de vida em escala Likert de sete pontos. É composta por cinco itens que avaliam os aspectos cognitivos do BES. Exemplo de item: “A minha vida está próxima do meu ideal”.

Procedimentos de coleta de dados

A coleta de dados foi realizada entre janeiro e fevereiro de 2016, nas instalações da indústria petroquímica, de forma presencial, após assinatura da carta de anuência (apêndice F). A divulgação/convite ocorreu por meio de e-mail enviado pela área de saúde ocupacional da instituição, nas semanas previas à realização da pesquisa. Os trabalhadores foram convidados a participar da pesquisa e a conhecer a proposta de uma intervenção para controle e prevenção da HAS. Na etapa de coleta, após a apresentação da proposta da pesquisa, todos os participantes que compareceram concordaram em participar, assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE) (apêndice G) e responderam aos instrumentos do estudo. O tempo médio de resposta foi de 25 minutos e os questionários

foram aplicados pela pesquisadora, com o auxílio de uma estudante de graduação em Psicologia, previamente treinada.

Análise de dados

As análises foram realizadas no programa IBM SPSS (*Statistical Package for the Social Sciences*) para *Windows*, versão 22.0. Devido ao tamanho da amostra e à anormalidade de distribuição, optou-se por estatísticas não paramétricas. Foram realizadas análises descritivas (médias, desvio padrão, frequências e porcentagens), para conhecer os resultados das variáveis psicológicas e dos dados biosociodemográficos. Para a análise de correlação entre as variáveis dos dois grupos utilizou-se o teste de *Spearman*.

Utilizou-se a análise de conteúdo das respostas abertas do B-IPQ para avaliar a atribuição causal e a duração da HAS. As respostas das questões foram registradas em dois formulários independentes desenvolvidos pela equipe de pesquisa. Cada formulário continha uma tabela com as respostas e três opções para categorização da resposta atribuída pelos participantes. Para a validação das categorias, foram realizadas análises de concordância com dois juízes especialistas. Após a classificação das respostas pelos juízes nas categorias criadas, o nível de concordância foi analisado através do coeficiente Kappa.

Questão causal: solicitou-se que os participantes atribuíssem três fatores que consideravam os principais causadores da HAS. Após minuciosa leitura, foram criadas categorias *a posteriori* e foram classificadas conforme sistema proposto por Peuker, Armiliato, Souza e Castro (2016), sendo: **fatores de risco biológico** (agentes genéticos/hereditários, idade, envelhecimento, deficiência na função de algum órgão, outras doenças existentes); **fatores de risco comportamental** (vícios/uso de drogas, sedentarismo, obesidade, hábitos alimentares, hábitos de saúde, de lazer, sobrecarga no

trabalho); **aspectos psicológicos** (sintomas psicológicos ou psiquiátricos, estado emocional, reações emocionais, estresse) (Kappa = 0,89).

Questão sobre duração: solicitou-se aos participantes que escrevessem livremente quanto tempo acreditavam que a HAS durava. A classificação das respostas utilizou o procedimento proposto e descrito por Peuker et al. (2016): **doença aguda** (são as doenças que surgem bruscamente, geralmente de causa conhecida, com evolução acelerada, e que duram pouco tempo; podem ou não deixar sequelas ou levar à morte); **doença cíclica** (são doenças que aparecem com ciclos periódicos e regulares; nesse sentido, uma doença é cíclica se mesmo após a cura suas repetições podem ser recorrentes - anuais, mensais ou semanais, por exemplo); **doença crônica** (é uma condição que requer longo tempo de cuidado, podendo ser a vida toda, além de contínua ação para controle. Quando há a possibilidade de cura o processo é lento) (Kappa = 0,68).

Resultados

Dados biosociodemográficos

Os resultados apresentados referem-se a uma amostra de 33 participantes, sendo 8 mulheres (24%) e 25 homens (75%), distribuídos entre os dois grupos (hipertensos e normotensos). A idade média dos hipertensos foi de 48,95 (DP= 6,95) e para os normotensos 36,21 (DP = 7,38). Mais de 60% dos participantes tinham Ensino superior/Pós-graduação completo. Os demais cerca de 40% estavam divididos em Ensino Superior incompleto e Ensino Médio completo/incompleto. No grupo de hipertensos, 84% tiveram histórico familiar de HAS ou doenças associadas, enquanto que 100% dos normotensos informaram ter histórico familiar.

A tabela 1 apresenta os principais Dados biosociodemográficos da amostra:

Tabela 1
Dados Biosociodemográficos da Amostra (N = 33)

Condição		Hipertensos N (19)		Normotensos N (14)	
		M	DP	M	DP
Idade média		48,95	6,95	36,21	7,38
Tempo de diagnóstico da HAS*		2,68	5,82	--	--
Frequência/Percentil		F	%	F	%
Sexo	Feminino	2	10,5	6	42,9
	Masculino	17	89,5	8	57,1
Estado civil	Separado/viúvo	0	0	3	21,4
	Solteiro	1	5,2	2	14,3
	União estável/casado	18	94,7	9	64,3
Filhos	Sim	17	89,5	3	21,4
	Não	2	10,5	11	78,6
Tempo de empresa	0 a 9 anos	1	5,2	7	50
	10 a 19 anos	5	26,3	5	35,7
	20 a 30 anos	8	47,3	2	14,2
	Acima de 30 anos	5	26,3	0	0
Escolaridade	Ensino médio incompleto	1	5,2	0	0
	Ensino médio completo	5	26,3	1	7,1
	Ensino superior incompleto	2	10,5	3	21,4
	Ensino superior completo	4	21,0	1	7,1
	Pós-graduação completa	7	36,8	8	57,1
	Pós-graduação incompleta	0	0	1	7,1
Toma medicação para HAS	Sim	16	84,2	0	0
	Não	3	15,8	0	0
Histórico familiar de HAS/doenças associadas	Sim	16	84,2	14	100
	Não	3	15,8	0	0

Nota. *Média em anos; DP = Desvio padrão

Percepção da doença

O grupo de hipertensos apresentou uma percepção total inferior ao nível considerado ameaçador ($M = 27,8$), enquanto os normotensos apresentaram percepção de que a HAS é levemente ameaçadora ($M = 36,9$). Na dimensão identidade, hipertensos apresentaram crença de que a HAS ocasiona poucos sintomas ao portador ($M = 3,63$), enquanto que os normotensos apresentaram percepção de que o portador tem mais sintomas em função da HAS ($M = 6,93$). Da mesma forma, na dimensão consequências, hipertensos apresentaram percepção de que a HAS causa consequências moderadas à vida do portador ($M = 4,26$) e os normotensos de que altas consequências decorrem da doença ($M = 8,79$).

Na dimensão controle pessoal ambos os grupos apresentaram percepção moderada de que podem controlar (hipertensos: $M = 6,05$; normotensos $M = 6,93$). Na dimensão controle do tratamento os resultados dos grupos foram ainda mais elevados, ambos percebem que o tratamento tem forte controle sob a doença (hipertensos: $M = 7,89$; normotensos: $M = 8,93$). Na dimensão representação emocional ambos apresentaram percepção moderada de que a doença acarreta emoções negativas (hipertensos: $M = 5,12$; normotensos: $M = 6,39$). Para a dimensão coerência os grupos apresentaram percepção de que compreendem de forma moderada a doença (hipertensos: $M = 6$; normotensos: $M = 5,71$).

Causas da HAS: nesta dimensão, os participantes de ambos os grupos atribuíram como principal causa da HAS fatores de risco comportamental (hipertensos = 61%; normotensos = 59%), seguidos de fatores de risco biológico (hipertensos = 20%; normotensos = 22%) e aspectos psicológicos (hipertensos = 18%; normotensos = 18%).

Duração: a maioria dos participantes dos dois grupos considerou a HAS como uma doença crônica (hipertensos = 67%; normotensos = 70%), seguida pela duração cíclica (hipertensos = 20%; normotensos = 25%) e duração aguda (hipertensos = 11%; normotensos = 3%).

Na tabela 2 apresenta-se os resultados das dimensões da Percepção da doença:

Tabela 2
Percepção da Doença

	Hipertensos	Normotensos
Dimensões do Brief-IPQ	Média	Média
Percepção total	27,8	36,9
Identidade (sintomas)	3,63	6,93
Consequências	4,26	8,79
Controle pessoal	6,05	6,93
Controle tratamento	7,89	8,93
Representação emocional	5,12	6,39
Coerência (compreensão)	6	5,71

Nota. DP = desvio padrão

Estresse percebido: ambos os grupos apresentaram níveis de estresse percebido moderados, sendo os hipertensos com média de 23,45 e os normotensos com média de 22,83.

Bem-estar subjetivo

O afeto negativo é mensurado de forma distinta entre homens e mulheres e, devido a isso, seus níveis variam de acordo com o sexo, segundo orientações de Zanon e Hutz (2014). Assim, no caso dos participantes do sexo masculino, tanto hipertensos como normotensos apresentaram níveis baixos (25%) de afeto negativo. Já as participantes do sexo feminino diferiram nos resultados, sendo que as hipertensas apresentaram alta pontuação (75%) para afeto negativo e as normotensas pontuação média (50%). Os participantes de ambos os grupos apresentaram níveis médios de afeto positivo (50%) e um pouco acima do nível médio (65%) de satisfação de vida. Com base nos resultados de afeto positivo e satisfação de vida, observou-se que os participantes de ambos os grupos apresentaram BES em nível médio. A tabela 3 apresenta os resultados do BES:

Tabela 3
BES (N = 33)

	Hipertensos (N = 17*, 2**)			Normotensos (N = 8*, 6**)		
	Média	Nível (%)	DP	Média	Nível (%)	DP
Afeto positivo	36,37	Médio (50%)	6,17	34,07	Médio (50%)	6,58
Afeto negativo	* 18,53	Baixo (25%)	6,15	* 16,75	Baixo (25%)	4,71
	** 28,00	Alto (75%)	2,82	** 21,00	Médio (50%)	10,33
Satisfação de vida	26,58	Médio (65%)	3,89	26,86	Médio (65%)	4,57

Nota. *: Homens | **: Mulheres | Desvio padrão: DP

Correlações

Hipertensos

Estresse – houve correlação forte positiva do estresse com afeto negativo ($\rho = 0,735$; $p = 0,00$), enquanto que com a satisfação de vida se correlacionou fortemente de maneira negativa ($\rho = - 0,797$; $p = 0,00$).

Afeto Negativo – além da correlação com estresse, o afeto negativo também apresentou forte correlação com a satisfação de vida, porém de forma negativa ($\rho = - 0,646$; $p = 0,03$).

Normotensos

Afeto positivo – Ocorreu forte correlação negativa com o afeto negativo ($\rho = - 0,721$; $p = 0,03$).

Afeto negativo – além da correlação negativa com o afeto positivo, ocorreu forte correlação positiva com o estresse ($\rho = 0,966$; $p = 0,00$). Não houve correlação das dimensões da percepção da doença com as demais variáveis para ambos os grupos.

Discussão

Este estudo foi delineado com o objetivo de examinar e correlacionar a percepção da doença, o estresse percebido e o BES de trabalhadores hipertensos e normotensos. Uma das particularidades mais importantes da HAS é a ausência de sintomas (identidade) na maior parte de seu curso. Contudo, a maioria das pessoas mantém a crença errônea de que a doença requer atenção somente quando surgem os sintomas, o que dificulta seu controle (Castillo et al., 2013; Meyer, Leventhal, & Gutmann, 1985). Os dados revelaram que os hipertensos percebiam a HAS como uma doença com poucos sintomas. Isso pode significar que eles não esperam ter sintomas para cumprirem os regimes de tratamento e cuidados com sua saúde. Portanto, ao intervir sobre a HAS deve-se reforçar a noção de que trata-se de uma condição que não é necessariamente sintomática e que as medidas de saúde para sua prevenção e controle devem ser adotadas independentemente da presença dos sintomas.

O fato dos normotensos considerarem a HAS como altamente sintomática está de acordo com estudos prévios (Castillo et al., 2013; Meyer et al., 1985), mas contrasta com o real caráter da doença, que é chamada de “assassina silenciosa” justamente por não apresentar sintomas até que esteja em uma condição mais avançada. A HAS pode ser muito grave caso não percebida e tratada de forma correta (Meyer et al., 1985). Ainda que tenham sido os normotensos a perceberem a doença como sintomática, esses participantes podem conviver ou virem a se tornar portadores de HAS.

Nesse sentido, as percepções em saúde mantidas por eles podem ter implicações sobre o comportamento frente à doença e na disseminação de crenças que não correspondem à realidade, prejudicando a prevenção e o tratamento desta grave condição de saúde. Portanto, é importante que a população, seja ela portadora ou não de HAS, possa ser educada sobre o caráter assintomático desse agravo. Em paralelo, ações periódicas para diagnóstico da doença também devem ser realizadas.

A percepção dos normotensos deste estudo ao considerarem que a HAS tem um grande impacto na vida do portador (dimensão consequências) difere dos resultados encontrados por Castillo et al. (2013), no qual normotensos apresentaram uma percepção de consequências moderadas. Uma hipótese para as altas percepções de consequências e identidade (sintomas) é que talvez os normotensos convivam com pessoas próximas que são portadoras de HAS, que referem muitos sintomas e sofreram consequências negativas decorrentes desta condição. Por isso, podem ter uma percepção desajustada em relação à doença, especialmente na dimensão identidade. Os participantes de ambos os grupos atribuíram acertadamente a duração da HAS como uma doença crônica. No caso dos hipertensos, esse resultado pode ser em função de o grupo já conviver com a doença em média há cerca de três anos. Tal resultado também sugere que os normotensos estão bem

informados e com a percepção correta sobre a duração. Estudos já associaram a percepção da HAS como crônica e a boa aderência a comportamentos de auto-gestão, o que é positivo para a saúde tanto de participantes hipertensos como normotensos (Chen et al., 2011; Pickett, Allen, Franklin, & Peters, 2014).

Os resultados desta pesquisa demonstraram a acuracidade da percepção de ambos os grupos com relação às causas da doença, que a atribuíram a fatores de risco comportamental. Embora a HAS seja multicausal, o seu principal fator de risco são os aspectos comportamentais relacionados ao estilo de vida. Em um estudo (Pickett et al., 2014) que examinou a relação entre crenças sobre a HAS e adoção de comportamentos saudáveis para controle da doença, verificou-se que os participantes atribuíram a HAS ao estresse e a fatores externos ao seu controle. Porém, a crença de que os fatores comportamentais são os mais importantes para prevenção e controle está fortemente associada a um maior senso de auto-gestão e controle pessoal frente à doença (Pickett et al., 2014).

Em relação às correlações encontradas, a percepção da doença não apresentou associação com o estresse ou com os componentens de BES, o que contrasta com os resultados de Angner et al. (2009), que observou uma relação positiva entre BES e percepções de um bom *status* de saúde. A ausência dessa correlação pode ter ocorrido porque neste estudo o foco foram as crenças sobre uma doença específica (HAS) e não o estado geral de saúde dos participantes, como no estudo citado.

O fato do nível de satisfação de vida ter sido de 65% pode estar atrelado às características sociodemográficas desta amostra, tendo em vista seu alto grau de escolaridade, empregabilidade e estabilidade econômica. Isso está de acordo com achados anteriores que destacam a influência de características de personalidade,

sociodemográficas, percepção de suporte social e de eventos de vida como determinantes para os níveis de BES (Woyciekoski, Stenert, & Hutz, 2012).

Giacomoni (2004) sustenta que o fator de maior importância seriam as características de personalidade e que o impacto dos aspectos sociodemográficos seria provavelmente mediado pelos processos psicológicos de cada pessoa. Dessa forma, a pessoa é mais satisfeita com sua vida pela forma como percebe e aproveita os recursos de que dispõe do que por ter os recursos em si. Nesse sentido, a correlação negativa da satisfação de vida com estresse e afeto negativo encontradas no grupo de hipertensos pode significar que esses participantes lidam melhor com situações estressoras e emoções negativas, sentindo-se mais satisfeitos com suas vidas.

Os benefícios do BES para a prevenção de doenças cardiovasculares e para a função imunológica, por exemplo, têm sido amplamente estudados, estando também associados à adoção de comportamentos saudáveis tais como alimentação, práticas de atividades físicas e eliminação do tabagismo (DeNeve et al., 2013; Howell et al., 2007; Tay & Diener, 2012). Além disso, um estudo (Saklofske, Austin, Mastoras, Beaton, & Osborne, 2012) revelou que o afeto positivo minimiza os impactos do estresse no organismo, enquanto que o afeto negativo é um fator de vulnerabilidade ao estresse. Por outro lado, a forte relação entre estresse e afeto negativo encontrada no presente estudo foi consistente com outro achado (Burns & Machin, 2013), que também indicou que o afeto negativo pode contribuir para elevar os níveis de estresse no organismo.

Contudo, o fato de ambos os grupos terem apresentado níveis moderados de estresse e baixos (homens) /médios (mulheres) de afeto negativo pode sugerir que esses participantes detêm recursos internos para o enfrentamento de eventos estressores, minimizando seu impacto nos níveis de estresse e afeto negativo. Na mesma direção, a forte

correlação negativa entre afeto negativo e positivo encontrada no grupo de normotensos parece fazer sentido. Normalmente, pessoas que experimentam mais emoções positivas tendem a regular-se emocionalmente fazendo com que as emoções negativas tenham um impacto menor em suas vidas.

Ainda que o nível de afeto positivo dos participantes de ambos os grupos tenha sido médio, isso pode representar um fator de prevenção de doenças (DeNeve et al., 2013; Howell et al., 2007; Tay & Diener, 2012) e estar atrelado às melhores condições de saúde. Pode representar, também, que esses participantes estão fazendo uso de estratégias para regulação emocional. O fator de regulação emocional media a relação entre as variáveis de afeto positivo, negativo e estresse, sendo que de acordo com as estratégias de regulação emocional de cada indivíduo, os afetos positivo e negativo podem ter mais efeitos benéficos ou prejudiciais ao organismo, respectivamente (Austin, Saklofske, & Mastoras, 2010; Saklofske et al., 2012).

Conclusões

As percepções acerca da HAS revelaram que os participantes hipertensos percebiam a doença como não ameaçadora, enquanto que os normotensos a perceberam como levemente ameaçadora. Esses resultados podem indicar que os normotensos atribuem maior importância à doença, e que em função disso poderão adotar/manter comportamentos de prevenção da HAS. Por outro lado, os hipertensos demonstraram que percebiam a HAS de forma condizente com a sua real identidade (sintomas), ou seja, como uma doença assintomática. Portanto, os normotensos parecem necessitar de ajuste nas suas crenças em relação ao caráter assintomático da HAS, enquanto que os hipertensos talvez possam

ampliar levemente sua percepção sobre a ameaça da doença, de forma a favorecer a adoção de comportamentos de controle, tais como mudanças no estilo de vida.

Com respeito ao BES, ainda que ele resulte de uma avaliação subjetiva feita pelo próprio indivíduo, os níveis moderados encontrados sugerem que os participantes percebem suas condições de vida como satisfatórias, além de experimentarem com frequência e intensidade moderadas emoções positivas em suas vidas. Os recursos internos desses participantes parecem contribuir para o manejo dos eventos estressores, minimizando seu impacto nos níveis de estresse e afeto negativo.

Quanto às limitações, o número reduzido de participantes impediu a realização de análises estatísticas mais robustas para compreender o fenômeno. Outra limitação refere-se às diferenças em algumas características dos grupos de hipertensos e normotensos, especialmente a faixa etária, o que inviabilizou o pareamento dos grupos e outras análises inferenciais. Pesquisas futuras poderão aprofundar essa temática em trabalhadores de diferentes segmentos, abordando também outras doenças crônicas, que possam impactar suas vidas e que sejam passíveis de intervenções para a promoção da saúde no trabalho. Por fim, novos estudos poderão investigar em amostras maiores as possíveis associações entre a percepção da doença, estresse e BES no contexto do trabalho.

Este estudo mostra-se relevante e inédito ao ampliar a compreensão do MSC e produzir reflexões aprofundadas acerca da percepção da doença, do estresse e do bem-estar subjetivo em trabalhadores hipertensos e normotensos. Os resultados destacam a importância das empresas e da Psicologia clínica trabalharem conjuntamente para elucidar questões relacionadas à saúde dos trabalhadores. Os achados revelam ainda o grande potencial desse contexto para ações em Psicologia da saúde, que preconizem a prevenção e o controle da HAS.

Referências

- Angner, E., Ray, M. N., Saag, K. G., Allison, J. J. (2009). Health and happiness among older adults: a community-based study. *Journal of health psychology, 14*(4), 503-12. doi: 10.1177/1359105309103570
- Austin, E. J., Saklofske, D. H., & Mastoras, S. M. (2010). Emotional intelligence, coping and exam-related stress in Canadian undergraduate students. *Australian Journal of Psychology, 62*,42–50. doi: 10.1080/00049530903312899
- Broadbent, E., Petrie, K. J., Main, J., & Weinman, J. (2006). The Brief Illness Perception Questionnaire. *Journal of Psychosomatic Research, 60*, 631- 637. doi: 10.1016/j.jpsychores.2005.10.020
- Burns, R. A., & Machin, M. A. (2013). Psychological wellbeing and the diathesis-stress hypothesis model: The role of psychological functioning and quality of relations in promoting subjective well-being in a life events study. *Personality and Individual Differences, 54*(3), 321–326. doi.org/10.1016/j.paid.2012.09.017
- Busseri, M. A., & Sadava, S. W. (2011). A review of the tripartite structure of subjective well-being: implications for conceptualization, operationalization, analysis, and synthesis. *Personality and Social Psychology Review: An Official Journal of the Society for Personality and Social Psychology, Inc, 15*(3), 290–314. doi.org/10.1177/1088868310391271
- Cameron, L. D., & Ph, D. (2003). Conceptualizing and Assessing Risk Perceptions: A Self-Regulatory Perspective, 1–12. Retrieved from http://cancercontrol.cancer.gov/brp/research/theories_project/cameron.pdf

- Castillo, A. Del, Godoy-Izquierdo, D., Vázquez, M. L., & Godoy, J. F. (2013). Illness beliefs about hypertension among non-patients and healthy relatives of patients. *Health, 05*(04), 47–58. doi.org/10.4236/health.2013.54A007
- Chen, S.-L., Tsai, J.-C., & Chou, K.-R. (2011). Illness perceptions and adherence to therapeutic regimens among patients with hypertension: a structural modeling approach. *International Journal of Nursing Studies, 48*(2), 235–45. doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2010.07.005
- Cohen, S., Karmack, T., & Mermelstein, R. (1983). A global measure of perceived stress. *Journal of Health and Social Behavior, 24*(4), 385-396. Retrieved from <http://www.psy.cmu.edu/~scohen/globalmeas83.pdf>
- Creswell, J. W. (2010). Projeto de pesquisa: métodos qualitativo, quantitativo e misto. 3. ed. Porto Alegre: Artmed/Bookman.
- DeNeve, J.-E., Diener, E., Tay, L., & Xuereb, C. (2013). The objective benefits of subjective well-being. In J. Helliwell, R. Layard, & J. Sachs, (Eds). *World Happiness Report 2013*. New York: UN Sustainable Development Solutions Network. Retrieved from http://unsdsn.org/wp-content/uploads/2014/02/WorldHappinessReport2013_online.pdf
- Diener, E. (2006). Guidelines for national indicators of subjective well-being and ill-being. *Journal of Happiness Studies; 7*, 397–404. Retrieved from <http://link.springer.com/...icle/10.1007%2Fs10902-006-9000-y>
- Diener, E., Emmons, R. A., Larsen, R. J., & Griffin, S. (1985). The satisfaction with Life Scale. *Journal of Personality Assessment, 49*, 71-75. doi:10.1207/s15327752jpa4901_13

- Diener, E., Tay, L. (2012). A scientific review of the remarkable benefits of happiness for successful and healthy in Report of the Well-Being Working Group, Royal Government of Bhutan Report to the United Nations General Assembly. *Well-Being and Happiness: A New Development Paradigm*. Retrieved from https://www.researchgate.net/publication/236272980_A_scientific_review_of_the_remarkable_benefits_of_happiness_for_successful_and_healthy_living
- Giacomoni, C. H. (2004). Bem-estar subjetivo: em busca da qualidade de vida. *Temas psicol. [online]*, 12(1), 43-50. Retrieved from <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/tp/v12n1/v12n1a05.pdf>
- Giacomoni, C. H. & Hutz, C. S. (1997). A mensuração do bem-estar subjetivo: escala de afeto positivo e negativo e escala de satisfação de vida [Resumos]. In Sociedade Interamericana de Psicologia (Org.). Anais XXVI Congresso Interamericano de Psicologia (p. 313). São Paulo: SIP.
- Hagger, M. S., & Orbell, S. (2006). Illness representations and emotion in people with abnormal screening results. *Psychology & Health*, 21(2), 183–209. doi.org/10.1080/14768320500223339
- Hekler, E. B., Lambert, J., Leventhal, E., Leventhal, H., Jahn, E., & Contrada, R. J. (2008). Commonsense illness beliefs, adherence behaviors, and hypertension control among African Americans. *Journal of Behavioral Medicine*, 31(5), 391–400. doi.org/10.1007/s10865-008-9165-4
- Howell, R. T., Kern, M. L., & Lyubomirsky, S. (2007). Health benefits: meta-analytic determining the impact of well-being on objective health outcomes. *Health Psychology Review*, 1, 83-136. Retrieved from <http://sonjalyubomirsky.com/wp-content/themes/sonjalyubomirsky/papers/HKLinpress.pdf>

- Hsiao, C.-Y., Chang, C., & Chen, C.-D. (2012). An investigation on illness perception and adherence among hypertensive patients. *The Kaohsiung Journal of Medical Sciences*, 28(8), 442–7. doi.org/10.1016/j.kjms.2012.02.015
- Israel, J. I., White, K. S., & Gervino, E. V. (2015). Illness Perceptions, Negative Emotions, and Pain in Patients with Noncardiac Chest Pain. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*, 22(1), 77–89. doi.org/10.1007/s10880-015-9419-6
- Lazarus, R. & Folkman, S. (1984). Stress, appraisal, and coping. New York: Springer Publishing Company.
- Leventhal, H., Meyer, D. and Nerenz, D. (1980). The common-sense model of illness danger. In Rachman, S. (Eds.), *Medical psychology* (pp. 7–30). Pergamon, New York.
- Leventhal, H., Phillips, L. A., Leventhal, H., Phillips, L. A., & Burns, E. (2016). Modelling management of chronic illness in everyday life: A Common- sense approach, 25(May), 1–18.
- Luft, C. B., Sanches, S. O., Mazo, G. Z., & Andrade, A. (2007). Versão brasileira da Escala de Estresse Percebido: Tradução e validação para idosos. *Revista de Saúde Pública*, 41(4), 606-615. doi.org/10.1590/S0034-89102007000400015
- Meyer, D., Leventhal, H., & Gutmann, M. (1985). Common-sense models of illness: the example of hypertension. *Health Psychology: Official Journal of the Division of Health Psychology, American Psychological Association*, 4(2), 115–35. doi.org/10.1037/0278-6133.4.2.115
- Moss-Moris, R., Weinman, J., Petrie, K., Horne, R., Cameron, L., & Buick, D. (2002). The revised illness perception questionnaire (IPQ-R). *Psychology and Health*, 17(1), 1-16. doi: 10.1080/08870440290001494

- Nogueira, G. S., Seidl, E. M. F., & Tróccoli, B. T. (2016). Análise Fatorial Exploratória do Questionário de Percepção de Doenças Versão Breve (Brief IPQ). *Psicologia: Teoria E Pesquisa*, 32(1), 161–168. doi.org/10.1590/0102-37722016011871161168
- Peuker, A. C. W. B., Armiliato, M. J., de Souza, L. V., de Castro, E. K. (2016). Causal attribution among women with breast cancer. *Psicologia: Reflexão E Crítica*, 29(1), 4. doi.org/10.1186/s41155-016-0007-y
- Pickett, S., Allen, W., Franklin, M., & Peters, R. M. (2014). Illness Beliefs in African Americans With Hypertension. *Western Journal of Nursing Research*, 36(2), 152–170. doi.org/10.1177/0193945913491837
- Saklofske, D. H., Austin, E. J., Mastoras, S. M., Beaton, L., & Osborne, S. E. (2012). Relationships of personality, affect, emotional intelligence and coping with student stress and academic success: Different patterns of association for stress and success. *Learning and Individual Differences*, 22(2), 251–257. doi.org/10.1016/j.lindif.2011.02.010
- Watson, D., Clark, L. A., & Tellegen, A. (1988). Development and validation of brief measures of positive and negative affect: The PANAS scales. *Journal of Personality and Social Psychology*, 60, 719-727.
- World Health Organization [WHO] (2013). *A global brief on Hypertension*. Retrieved from http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/79059/1/WHO_DCO_WHD_2013.2_eng.pdf?ua=1
- Woyciekoski, C., Stenert, F., & Hutz, C. S. (2012). Determinantes do Bem-Estar Subjetivo. *Psico (Porto Alegre)*, 280–288. Retrieved from <http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/revistapsico/article/viewFile/8263/822>

Zanon, C. & Hutz, C.S. (2014). Escala de Afetos Positivos e Afetos Negativos (PANAS).

In C. S., Hutz (Org). *Avaliação em Psicologia Positiva*. (pp. 43-47) 1. ed. Porto

Alegre: Artmed.

Seção II - Artigo Empírico: intervenção piloto para gerenciamento do estresse e da percepção da doença em trabalhadores hipertensos e normotensos

Resumo

O objetivo deste estudo foi descrever e avaliar os efeitos de uma intervenção piloto na percepção da doença, no estresse percebido e no conhecimento sobre a hipertensão de trabalhadores hipertensos e normotensos. A intervenção foi composta por duas sessões em grupo realizadas no ambiente de trabalho e versou sobre os aspectos clínicos da hipertensão arterial sistêmica, percepção e comportamento, além do gerenciamento do estresse. Os participantes foram trabalhadores de uma indústria petroquímica (19 hipertensos e 14 normotensos), que responderam a um Questionário Biosociodemográfico, à Escala Breve de Percepção da Doença, à Escala de Estresse Percebido e ao Quiz Saúde. As medidas foram coletadas no encontro de captação dos participantes e após 90 dias do pré-teste. Os resultados indicaram redução significativa nos níveis de estresse percebido de ambos os grupos, além de aumento na percepção de controle pessoal e de compreensão da doença. Os normotensos também aumentaram o conhecimento sobre a hipertensão, enquanto os hipertensos aumentaram a percepção de que o tratamento pode controlar a doença. Conclusão: a intervenção piloto gerou efeitos positivos, podendo ser considerada uma estratégia de prevenção da doença para os trabalhadores normotensos e de controle para os hipertensos.

Palavras chave: hipertensão, estresse percebido, percepção da doença.

Introdução

A hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) é uma doença crônica considerada um grave problema de saúde pública mundial. É um dos principais fatores de risco para o desenvolvimento de doenças cardiovasculares, insuficiência renal e acidente vascular cerebral. Além disso, é uma condição clínica multicausal, atribuída a fatores como hereditariedade, idade (envelhecimento), sobrepeso e estilo de vida. A doença normalmente não apresenta sintomas ao longo de seu curso, o que faz com que muitos portadores fiquem sem o diagnóstico por um tempo prolongado. É também uma doença de difícil controle, pois mesmo após o diagnóstico, devido à ausência de sintomas, muitas pessoas desconhecem ou não seguem o tratamento e as recomendações necessárias para controlar a HAS (*World Health Organization* [WHO], 2013).

Além do cumprimento do tratamento medicamentoso, manter um estilo de vida saudável é fundamental para o controle da HAS. Recomenda-se a prática de atividades físicas, a eliminação do tabagismo, a diminuição do consumo de álcool, uma dieta equilibrada, especialmente com a redução do consumo de sal e o gerenciamento do estresse (*American Heart Association* [AHA], 2014; WHO, 2013). O estresse é um importante fator de risco, pois a elevação da pressão arterial (PA) pode ocorrer como parte de uma resposta aguda ao nível de estresse (Stephoe & Kivimaki, 2013).

O estresse ocorre quando o indivíduo percebe e avalia determinada situação como ameaçadora a seu bem-estar e excede seus recursos para enfrenta-la (Lazarus & Folkman, 1984). Dois processos atuam como mediadores-chave entre os eventos experimentados por um indivíduo e sua percepção de que são estressores: a avaliação cognitiva (processos de pensamento que sustentam como os eventos são interpretados e a causa atribuída) e o

enfrentamento (esforços feitos por um indivíduo para enfrentar um evento estressor) (Wallbank & Robertson, 2013).

O conhecimento, as experiências, as crenças e os valores podem contribuir para a forma como a pessoa avalia as situações e influenciar no senso de competência e auto-gestão dessa pessoa frente aos eventos (Wallbank & Robertson, 2013). Nesse sentido, o nível de estresse está associado à percepção dos eventos cotidianos, incluindo a forma como se percebe doenças crônicas como a HAS. Assim, a percepção de que a doença é muito ameaçadora pode gerar estresse, estando também associada a outros efeitos físicos e psicológicos tais como ansiedade, fadiga e depressão (Hagger & Orbell, 2006; Israel, White, & Gervino, 2015; Westbrook, Maddocks, & Andersen, 2016).

O Modelo teórico de Senso Comum (MSC) postula que quando pensam em uma doença as pessoas constroem esquemas mentais, que resultam de suas reações a estímulos internos e externos (experiências, fatores de personalidade etc.) (Leventhal, Meyer, & Nerenz, 1980). Esses esquemas têm uma representação cognitiva e uma emocional e o conteúdo dessas representações forma a percepção da doença. A partir dessa percepção, o indivíduo define o grau de ameaça que a doença oferece à saúde e o plano de ação que será utilizado para enfrentamento ou prevenção da enfermidade (Cameron, 2003; Leventhal, Philips, & Burns, 2016a).

O conteúdo da percepção da doença é organizado nas dimensões identidade (sintomas), causas (fatores que originam a doença), duração crônica ou aguda, duração cíclica (curso da doença), consequências (impactos físico, psicológico e social), controle pessoal (o quanto pode controlar ou alcançar a cura), controle do tratamento (eficácia do tratamento no controle ou cura). Além dessas, também integram o modelo as dimensões coerência (compreensão da doença) e representação emocional (emoções associadas à

doença, como preocupação e medo) (Leventhal, Meyer, & Nerenz, 1980; Moss-Moris et al., 2002).

Intervenções em Psicologia clínica e da saúde utilizando o MSC têm revelado efeitos positivos na percepção da doença e no comportamento em saúde de portadores de doenças crônicas como a HAS, conforme foi evidenciado em uma revisão sistemática (Jones, Smith, & Llewellyn, 2015) que avaliou a efetividade de nove intervenções, voltadas ao ajuste de crenças sobre a doença e à mudança de comportamentos. Os participantes foram portadores de diferentes doenças crônicas e os resultados do pós-teste indicaram mudanças nos comportamentos em saúde dos participantes (estilo de vida e retorno ao trabalho, por exemplo). Em dois dos estudos reportou-se alterações significativas, com o ajuste da percepção acerca das dimensões controle, duração, coerência e atribuição causal da doença. Nenhuma das intervenções revisadas foi realizada no ambiente de trabalho.

No Brasil, um estudo (Peuker, Kuhn, & Castro, 2016) se baseou no MSC para propor uma intervenção para prevenção do câncer de colo de útero com mulheres saudáveis. Os objetivos foram aumentar o conhecimento, promover condutas de autocuidado e ajustar a percepção sobre a doença e de risco. Os resultados indicaram aumento da percepção de risco e redução da alta percepção de ameaça da doença, o que foi importante para uma maior autonomia das participantes frente à ameaça da doença, visando à adoção de comportamentos preventivos. Além disso, os achados reforçaram o quanto o MSC também pode ser utilizado para intervenções de educação em saúde direcionadas para amostras saudáveis.

Quanto às intervenções para gerenciamento do estresse, uma revisão da literatura (Varvogli & Darviri, 2011) identificou as principais técnicas baseadas em evidências, como a de relaxamento muscular progressivo, treinamento autógeno, *biofeedback*, respiração

diafragmática, terapia cognitivo comportamental e *mindfulness*. Tais ferramentas foram evidenciadas como efetivas para o *design* de intervenções em promoção de saúde com públicos e contextos diversos. No ambiente de trabalho, destacam-se as intervenções para gerenciamento do estresse com a utilização de técnicas cognitivo comportamentais, de relaxamento e/ou meditação/*mindfulness*. Os achados desses estudos mostraram redução nos níveis de estresse dos participantes, especialmente com as intervenções em que se utilizou técnicas combinadas (relaxamento e psicodinâmica/cognitivo comportamentais, por exemplo) (Bhui, Dinos, Stanfeld, & White, 2012; Limm et al., 2011). Em contrapartida, outro estudo evidenciou que apenas as técnicas cognitivo comportamentais produziram efeitos significativos (Richardson & Rothstein, 2008).

Todavia, intervenções nesses moldes, longitudinais, realizadas no ambiente de trabalho e que incluam tanto as pessoas adoecidas como as não adoecidas ainda são escassas, o que faz com que essa seja uma área de estudo emergente e promissora (Castillo, Godoy-Izquierdo, Vásquez, & Godoy, 2013; Jones et al., 2015; Quiceno & Vinaccia, 2010). Diante disso, este estudo teve o objetivo de descrever e avaliar os efeitos de uma intervenção piloto na percepção da doença, no estresse percebido e no conhecimento sobre a hipertensão de trabalhadores hipertensos e normotensos.

Protocolo de intervenção

O protocolo de intervenção foi composto por duas sessões, com frequência semanal e duração de duas horas cada sessão, além de um encontro inicial utilizado como forma de captação dos participantes para a intervenção. As sessões foram conduzidas por uma psicóloga, mestre em Psicologia clínica, especialista em Psicologia da saúde, com formação em *Mindfulness* para redução do estresse e experiência em intervenções para promoção de

saúde. Todos os encontros foram acompanhados pela pesquisadora. A tabela 4 apresenta o Cronograma dos encontros da intervenção:

Tabela 4
Cronograma dos Encontros da Intervenção

	Duração	Atividade	Variáveis	Instrumentos
Captação	10min	Apresentação do projeto e do grupo de pesquisa	---	Questionário biosociodemográfico, Escala de percepção da doença, Escala de estresse percebido
	10min	Sensibilização quanto ao tema "aspectos psicológicos e comportamento em saúde"		
	10min	Apresentação das etapas da intervenção e do estudo		
	30min	Esclarecimento de dúvidas e coleta inicial de dados (pré-teste)		
Total:		1h		
Sessão 1	5min	Apresentação e contrato	Percepção da doença, conhecimento	Pré-teste do Quiz Saúde e avaliação de satisfação
	20min	Apresentação participantes		
	10min	Reflexão sobre percepção		
	30min	Psicoeducação cognição e comportamento		
	10min	Quiz Saúde (individual – pré-teste)		
	30min	Quiz Saúde (coletivo)		
	15min	Encerramento e avaliação		
Total:		2h		
Sessão 2	10min	Resgate da sessão anterior	Percepção da doença e estresse percebido	Pós-teste do Quiz Saúde e avaliação de satisfação
	30min	Psicoeducação sobre estresse: fatores de risco, percepção e estresse		
	15min	Vivência "Pensamentos e emoções"		
	10min	Técnica P.A.R.A.R e Prática inicial de mindfulness		
	20min	Vídeo "O convidado indesejado"		
	15min	Técnica "Valores"		
	5min	Folder		
	15min	Encerramento e avaliação		
Total:		2h		

A descrição de cada encontro será apresentada a seguir:

Captação

Objetivo: apresentar a proposta do projeto e sensibilizar os trabalhadores, despertando o interesse em aderir à intervenção.

Procedimentos: apresentação do projeto, das etapas da intervenção e do estudo. Sensibilização para o tema “aspectos psicológicos e comportamento em saúde” e para a ideia de que os participantes poderiam se tornar multiplicadores dos conhecimentos adquiridos, junto a seus familiares e demais pessoas próximas.

Pré-teste: Esclarecimento de dúvidas e coleta de dados I.

1º sessão - Percepção e aspectos clínicos da HAS

Objetivo: conscientizar os participantes acerca da influência dos aspectos psicológicos no comportamento em saúde e ampliar seu conhecimento sobre a HAS, promovendo maior autogestão frente à doença.

Procedimentos:

Apresentações: apresentação da facilitadora e definição de contrato psicológico com o grupo (sigilo, respeito, horários, participação). Participantes se apresentaram informando nome, área de trabalho e o que a Hipertensão representava para cada um.

Reflexão sobre percepção: propôs-se que os participantes fechassem os olhos, respirando profundamente e pensando na seguinte pergunta: “O que a HAS representa (como percebo) para mim, me aproxima ou me afasta do bem-estar?”. Após cerca de 10 segundos, pediu-se aos participantes para abrirem os olhos e anotarem em uma folha o que pensaram, guardando a anotação para si. Em seguida questionou-se como se sentiram pensando sobre isso (a ideia não era ler o que escreveram, mas que alguém comentasse o que sentiu, caso quisesse compartilhar). Nesse momento, houve a conexão entre percepção e HAS, destacando a importância de como os participantes percebiam a hipertensão para a adoção de comportamentos de prevenção e controle da doença.

Cognição e comportamento - Percepção e a Hipertensão arterial: exposição dos principais componentes da percepção, além de cognição e comportamento (pensamento,

sentimento, comportamento), incluindo a utilização de metáforas e exemplos do cotidiano, para enfatizar a influência das percepções/crenças no comportamento em saúde. Exemplos de metáforas: utilizou-se a imagem de um leão feroz, associando ao fato de que algumas pessoas percebem a HAS como muito ameaçadora, enquanto que outras podem perceber como um filhote de gato (apresentou-se imagens de leão e de um gato). Quando na verdade o apropriado é que não seja nenhum desses extremos e sim que a HAS seja vista como uma doença séria, mas passível de total prevenção e controle. Utilizou-se também a imagem da balança para ilustrar que o ideal é que as crenças não estejam pesando a balança muito para um lado ou para outro, mas sim que a balança esteja equilibrada.

Quiz Saúde (individual): atividade para avaliar o nível de conhecimento prévio dos participantes sobre a HAS. Participantes receberam um questionário com afirmações para marcar verdadeiro ou falso. As questões contemplaram o conteúdo das dimensões da percepção da doença, do Modelo de Autorregulação em Saúde. Foi solicitado que respondessem de forma individual, permanecendo com o questionário até o término da próxima atividade. Reforçou-se que eles não precisariam compartilhar sua folha com o grupo e que se não soubessem responder à alguma questão, as dúvidas seriam esclarecidas na atividade em grupo, sem expor as folhas individuais.

Quiz Saúde (coletivo): atividade psicoeducativa sobre HAS. Após responder de forma individual, os participantes responderam às mesmas questões, discutindo as respostas corretas com a facilitadora e demais participantes. Ao final, os questionários individuais foram recolhidos, com o objetivo de se comparar as respostas da primeira aplicação (pré-teste) com a aplicação do mesmo questionário (pós-teste), a ser realizada na última sessão da intervenção.

Encerramento

2º sessão – Gerenciamento do Estresse

Objetivo: psicoeducar os participantes acerca do estresse e de estratégias para gerenciamento, ampliando seus recursos para o manejo do estresse cotidiano.

Procedimentos:

Resgate da sessão anterior: pediu-se para os participantes compartilharem o que marcou em relação à sessão anterior. Com essas informações, a facilitadora conectou a segunda sessão com a atual.

Psicoeducação sobre estresse: breve apresentação dos fatores de risco para a HAS, focando no fator estresse e na relação entre estresse e a doença. Exposição do conceito de estresse (Modelo Transacional do estresse), destacando o indivíduo como ativo no processo de gestão do estresse, a partir da forma como percebe os eventos cotidianos e das estratégias adotadas para enfrentar os fatores estressores.

Técnica vivencial “Pensamentos e emoções”: pediu-se a participação de um (a) voluntário (a) do grupo para compartilhar uma situação desagradável que tenha acontecido com ele (a) nas últimas semanas, verbalizando os sentimentos, emoções que experimentou durante a situação. Em seguida pediu-se que a pessoa se colocasse no meio do círculo formado pelo grupo e que o grande grupo interpretasse, repetindo verbalmente várias vezes os pensamentos e as emoções descritos pela pessoa. No processamento da atividade, grupo e voluntário foram questionados sobre como se sentiram durante a atividade. Foi exposto ao grupo que além do sofrimento inicial temos um sofrimento secundário, gerado a partir da forma como percebemos e reagimos ao estresse, o que pode causar ainda mais sofrimento, dependendo de como o indivíduo lida com as emoções geradas pela situação. Destacou-se a importância de perceber e reagir de forma positiva para um enfrentamento mais efetivo das situações.

Técnica “P.A.R.A.R.” (*Mindfulness-based stress reduction*): apresentou-se a técnica como um recurso a ser utilizado em momentos desagradáveis, para auxiliar no gerenciamento do estresse. A técnica está estruturada da seguinte forma: PARE: Escolha sair do piloto automático trazendo atenção consciente ao momento presente. Após, preste ATENÇÃO ao que está acontecendo no momento, no seu corpo, suas emoções e pensamentos. Direcione a sua atenção e foque simplesmente no ato de RESPIRAR. AMPLIE a sua consciência novamente, incluindo a percepção do corpo como um todo e da situação que você está vivendo. Perceba agora que você pode RESPONDER neste momento com consciência. Os participantes receberam uma folha com a descrição do P.A.R.A.R e foram informados de que esse exercício poderia ser utilizado em qualquer situação e que, como toda prática, seu cultivo regular, mesmo em situações neutras, potencializa o resultado positivo nos momentos difíceis.

Prática inicial de Mindfulness (*Mindfulness-based stress reduction*): participantes foram orientados a se colocarem em posição confortável na cadeira, podendo manter os olhos abertos ou fechados. A partir disso, foram conduzidos passo a passo durante cinco minutos a estar atentos à sua respiração, a deixar seus pensamentos fluírem sem julgar se eram bons ou ruins, procurando vivenciar o momento presente. Esta técnica foi utilizada para demonstrar como o treino da consciência plena pode melhorar a percepção de si mesmo, e refletir no corpo, na mente e na experiência como um todo, contribuindo ainda para a escolha de comportamentos que estejam de acordo com o que é importante na vida de cada um.

Vídeo “O convidado indesejado”: apresentação do vídeo, que aborda percepção e comportamento frente às situações desagradáveis, momentos de raiva.

Processamento: discussão sobre impressões dos participantes acerca do vídeo. Discutiu-se que as pessoas podem deixar de fazer coisas que são importantes para si por ficarem presas a pensamentos e emoções negativas gerados em momentos desagradáveis. Nesse sentido, trabalhou-se o papel ativo do indivíduo para lidar com o estresse, a partir da forma como percebe e enfrenta as situações estressoras.

Técnica “Valores”: a partir da discussão do vídeo, os participantes foram convidados a pensar e anotar um valor de vida, ao qual acham que podem se conectar para contribuir com a melhoria de sua saúde. Em seguida, abriu-se para discussão sobre o que os participantes escolheram e da importância de se conectarem a seus valores para mudar algum comportamento.

Folder: entrega e apresentação do folder elaborado sobre HAS (apêndice H).

Encerramento e avaliação: considerações finais sobre o encontro e participantes expressaram suas impressões e o que marcou para si. Preenchimento de questionários e entrega de certificados (apêndice I) aos participantes.

Método

Delineamento

Estudo quase-experimental, com medidas de pré e pós teste (Creswell, 2010).

Participantes

Participaram 33 trabalhadores de uma indústria petroquímica (divididos em dois grupos: 19 hipertensos e 14 normotensos), situada na Grande Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil. A referida unidade da empresa tinha cerca de 600 trabalhadores, dos quais 422 atuavam em horário comercial (jornada entre 7h e 17h), horário esse que foi definido como viável para a realização da pesquisa na empresa. Desse total de trabalhadores diurnos, 24

(6%) tinham diagnóstico prévio de HAS, conforme diagnóstico feito por médico cardiologista da empresa, através de avaliação anual de saúde. A avaliação foi registrada no prontuário de saúde dos trabalhadores e os resultados reportados pela enfermeira de saúde ocupacional à equipe de pesquisa.

Os critérios de inclusão para ambos os grupos foram ter idade mínima de 18 anos, trabalhar no horário comercial e ter pelo menos Ensino Fundamental Completo. Para o grupo de hipertensos, também foi necessário ter o diagnóstico prévio de HAS. Inicialmente, todos os portadores da doença (N = 24) manifestaram interesse em participar, sendo que destes, 19 (79%) compareceram ao encontro de captação. O motivo alegado para não comparecimento dos restantes foi incompatibilidade de horários entre suas atividades profissionais e a agenda da intervenção.

Para o grupo de normotensos foram convidados todos os trabalhadores sem diagnósticos de HAS (N = 398). Como critérios de exclusão foi estabelecido que os normotensos não poderiam ser portadores de doença renal crônica, cardíaca ou ter histórico pessoal de AVC. Desse total, 22 (8,76%) manifestaram interesse em participar, sendo que 14 (3,52%) compareceram ao primeiro encontro e concordaram em participar da intervenção.

Do total de participantes do pré-teste (N = 33), 16 (48%) concluíram a intervenção (8 hipertensos e 8 normotensos), sendo as ausências/desistências justificadas por viagens ou compromissos profissionais nos mesmos horários da intervenção. Os participantes que não puderam concluir as sessões foram contatados novamente com a possibilidade de retomarem as sessões nas próximas turmas, sendo que dois dos participantes retornaram e concluíram a intervenção em turmas subsequentes. O critério adotado foi de que o participante com interesse em concluir a intervenção deveria reiniciá-la, a partir da primeira

sessão, não sendo necessário participar novamente do encontro de captação. As idades dos participantes variaram entre 39 e 62 anos para os hipertensos e para os normotensos entre 27 e 50 anos. Além disso, havia dois participantes do sexo feminino no grupo de hipertensos, enquanto que dentre os normotensos havia seis mulheres. Essa heterogeneidade de sexo e idades, embora tenha aumentado a validade ecológica dos resultados, comprometeu o pareamento dos dois grupos (hipertensos e normotensos) para posterior comparação. A figura 1 apresenta os Participantes por etapa:

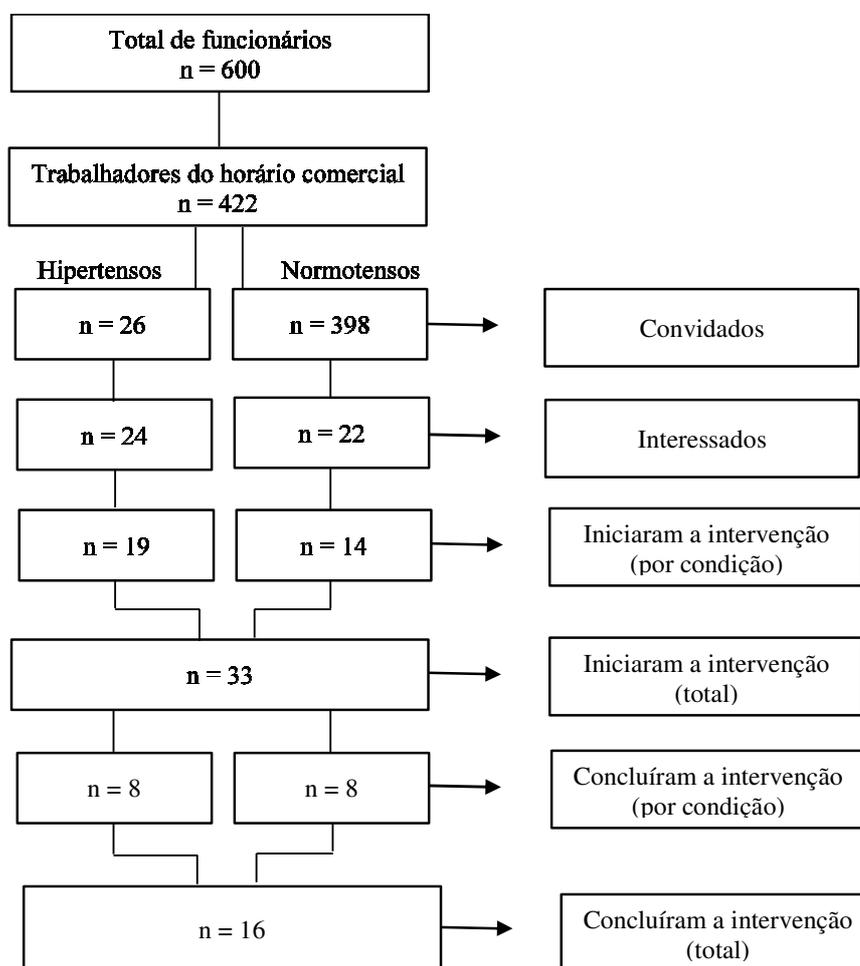


Figura 1. Total de participantes por etapa da pesquisa

Instrumentos

Questionário biosociodemográfico e de comportamentos em saúde (QCS): é composto por duas partes (apêndice A), sendo a primeira para levantamento de dados pessoais, como idade, sexo, escolaridade, estado civil, tempo de empresa, além do histórico familiar de HAS. Na segunda parte questionou-se o estilo de vida dos participantes, com perguntas sobre hábitos ligados à prática de atividades físicas, sono, tabagismo, alimentação, peso e o nível de motivação dos participantes para mudança dos hábitos de vida.

Brief Illness Perception Questionnaire (Brief IPQ: Broadbent, Petrie, Main, & Weinman, 2006): o Brief IPQ (apêndice B) é composto por nove itens desenvolvidos a partir do instrumento original, o IPQ-R (*Illness perception Questionnaire – Revised*). Na versão brasileira do instrumento (Nogueira, Seidl, & Tróccoli, 2016) a análise extraiu dois fatores: o Fator 1 (quatro itens; alfa de Cronbach = 0,80) e o Fator 2 (três itens; alfa de Cronbach = 0,52). O Fator 1 (representação emocional) é composto pelos itens consequências (item 1), identidade (item 4), preocupações (item 5) e emoções (item 7). O Fator 2 (representação cognitiva) incluiu o controle pessoal (item 2), o controle do tratamento (item 3) e a coerência (item 6). No estudo de validação foi retirada a subescala dimensão temporal (item 8) porque obteve cargas fatoriais muito baixas. E no presente estudo optou-se por retirar os itens de atribuição causal e duração. A partir de 33 pontos a doença é considerada como ameaçadora e quanto maior o total, maior a percepção de ameaça (amplitude de 0-70). A versão brasileira foi testada e validada também com portadores de HAS. No presente estudo, o instrumento original foi adaptado para que também pudesse ser respondido por pessoas saudáveis (normotensos).

Escala de Estresse Percebido (*Perceived Stress Scale: Cohen, Karmack, & Mermelsteinm, 1983*): validada para o português com consistência interna de $\alpha=0,83$

(Luft, Sanches, Mazo, & Andrade, 2007), é composta por 14 itens em escala tipo Likert de cinco pontos, variando de “nunca” a “sempre” (apêndice C). As questões estão distribuídas entre sete positivas e sete negativas e referem-se aos sentimentos e pensamentos dos participantes durante os últimos 30 dias. O total da escala foi obtido a partir da soma das pontuações dos 14 itens e os escores variam de 0 a 56.

Quiz Saúde: Questionário com 11 questões (apêndice J) sobre os principais aspectos clínicos da HAS, com base nas dimensões do MSC. Cada questão valeu um ponto.

Procedimentos de coleta de dados

O contato com a empresa ocorreu a partir da enfermeira do trabalho, que foi contatada para fins de apresentação do projeto. Fez-se uma reunião entre a enfermeira e os integrantes do grupo de pesquisa, no intuito de apresentar a proposta de projeto de pesquisa para uma intervenção com hipertensos. Posteriormente o projeto foi ajustado para incluir hipertensos e normotensos e ocorreu a definição dos procedimentos de coleta de dados. Após todos os ajustes, a carta de anuência (apêndice F) foi assinada pela Gerência da área de Saúde Ocupacional.

Os participantes foram convidados a participar no período de janeiro a fevereiro de 2016, através de e-mail enviado pela área de Saúde ocupacional da empresa. O convite foi enviado com antecedência de duas semanas à realização da pesquisa. No e-mail, os trabalhadores foram convidados a participar da pesquisa e a conhecer a proposta do programa de intervenção para controle e prevenção da HAS. A coleta de dados foi dividida em pré (encontro de captação) e pós-teste (90 dias após a captação).

Foram realizadas três turmas da intervenção, em dias e horários diferentes, para os participantes comparecerem conforme sua disponibilidade. O pré-teste foi realizado ao final da captação, após a assinatura do Termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE)

(apêndice G). No pós-teste ocorreu o preenchimento dos mesmos instrumentos utilizados no pré-teste. A coleta do pós-teste também foi presencial e em local reservado, ocorrendo em duas datas previamente agendadas, conforme a disponibilidade dos participantes. O tempo médio de resposta dos instrumentos foi de 25 minutos e os questionários foram aplicados pela pesquisadora, com o auxílio de uma estudante de graduação em Psicologia.

Análise de dados

As análises foram realizadas no programa IBM SPSS (*Statistical Package for the Social Sciences*) para *Windows*, versão 22.0. Devido à anormalidade de distribuição e ao tamanho da amostra, optou-se por estatísticas não paramétricas. Foram realizadas análises descritivas (médias, desvio padrão, frequências e porcentagens), para conhecer os resultados das variáveis psicológicas e dos dados biosociodemográficos. Sendo o teste Qui Quadrado (Pearson ou Fisher) utilizado para avaliar o nível de significância entre pré e pós teste das variáveis do Questionário de Comportamento em Saúde. Também foram usadas estatísticas inferenciais, com o Teste de Wilcoxon para verificar possíveis diferenças entre pré e pós-teste das variáveis psicológicas de cada grupo. Devido à heterogeneidade da amostra, todas as comparações entre pré e pós-teste foram com participantes da mesma condição (hipertensos com hipertensos, por ex.).

Resultados

Dados biosociodemográficos

Os resultados apresentados referem-se a uma amostra de 33 participantes, sendo oito mulheres (24%) e 25 homens (75%), distribuídos entre os dois grupos (hipertensos e normotensos). A idade média dos hipertensos foi de 48,95 (DP= 6,95) e para os normotensos 36,21 (DP = 7,38). Mais de 60% dos participantes tinham Ensino

superior/Pós-graduação completa. Os demais cerca de 40% estavam divididos em Ensino Superior incompleto e Ensino Médio completo/incompleto. No grupo de hipertensos, 84% tiveram histórico familiar de HAS ou doenças associadas, enquanto que 100% dos normotensos informaram ter histórico familiar. A tabela 5 apresenta os principais Dados biosociodemográficos da amostra:

Tabela 5
Dados Biosociodemográficos da Amostra (N = 33)

Condição		Hipertensos		Normotensos	
		N (19)		N (14)	
Idade média		M	DP	M	DP
		48,95	6,95	36,21	7,38
Tempo de diagnóstico da HAS*		2,68	5,82	--	--
Frequência/Percentil		F	%	F	%
Sexo	Feminino	2	10,5	6	42,9
	Masculino	17	89,5	8	57,1
Estado civil	Separado/viúvo	0	0	3	21,4
	Solteiro	1	5,2	2	14,3
	União estável/casado	18	94,7	9	64,3
Filhos	Sim	17	89,5	3	21,4
	Não	2	10,5	11	78,6
Tempo de empresa	0 a 9 anos	1	5,2	7	50
	10 a 19 anos	5	26,3	5	35,7
	20 a 30 anos	8	47,3	2	14,2
	Acima de 30 anos	5	26,3	0	0
Escolaridade	Ensino médio incompleto	1	5,2	0	0
	Ensino médio completo	5	26,3	1	7,1
	Ensino superior incompleto	2	10,5	3	21,4
	Ensino superior completo	4	21,0	1	7,1
	Pós-graduação completa	7	36,8	8	57,1
	Pós-graduação incompleta	0	0	1	7,1
Toma medicação para HAS	Sim	16	84,2	0	0
	Não	3	15,8	0	0
Histórico familiar de HAS/doenças associadas	Sim	16	84,2	14	100
	Não	3	15,8	0	0

Nota. *Média em anos; DP = Desvio padrão

Com relação aos comportamentos em saúde, o grupo de hipertensos apresentou um alto grau de obesidade, sendo que 84% dos participantes relataram estar nas faixas de sobrepeso ou obesidade. Enquanto que 71% dos normotensos estavam na faixa de peso normal. No grupo de hipertensos 52% dos participantes praticavam atividades físicas

periodicamente. No caso dos normotensos, 92% dos participantes praticavam atividades físicas na ocasião da pesquisa. Com relação às horas de sono, a maioria dos hipertensos (73%) apresentava um total de horas de sono regular (4-6 horas), enquanto que os participantes do grupo normotenso se dividiram entre a faixa de 4-6 e de 6-8 horas de sono diárias.

Com relação ao consumo de bebidas alcólicas, a maioria dos hipertensos (36%) apresentou uma frequência de consumo de duas a três vezes por semana, enquanto que os normotensos de duas a quatro vezes por mês (53%). Ambos os grupos relataram consumir frutas e vegetais pelo menos uma vez por dia e a maioria dos participantes também informou evitar alimentos gordurosos. Com relação ao consumo de sal, a maior parte de ambos os grupos (73% hipertensos e 50% normotensos) informou nunca adicionar sal à comida já preparada. Dentre os hipertensos, a maioria consumia de três a cinco copos de água por dia, enquanto que a maioria dos normotensos tinha um consumo de mais de 8 copos por dia. Nenhum dos participantes se declarou fumante na ocasião do estudo. A tabela 6 mostra as principais características de ambos os grupos:

Tabela 6
Comportamentos em saúde (N = 33)

Condição (N)	Frequência/Percentil	Hipertensos (19)		Normotensos (14)	
		F	%	F	%
Grau de obesidade (IMC)*	Peso normal (18,5 a 24,99)	3	15,8	10	71,4
	Sobrepeso (25 a 29,99)	7	36,8	3	21,4
	Obesidade (acima de 30)	9	47,3	1	7,1
Prática de atividades físicas	Sim	10	52,6	13	92,9
	Não	9	47,4	1	7,1
Horas de sono	Menos de 4 horas	0	0	0	0
	4-6 horas	14	73,7	6	42,9
	6-8 horas	5	26,3	8	57,1
	Mais de 8 horas	0	0	0	0
Consumo bebida alcoólica	Nunca	2	10,5	1	7,7
	Uma vez por mês ou menos	4	21,1	2	15,4
	Duas a quatro vezes por mês	5	26,3	7	53,8
	Duas a três vezes por semana	7	36,8	2	15,4
	Quatro ou mais vezes por semana	1	5,3	1	7,7
Doses que costuma tomar	Uma a duas doses	11	64,7	8	66,7
	Três ou quatro doses	5	29,4	4	33,3
	Cinco ou seis doses	1	5,9	0	0
	Sete a nove doses	0	0	0	0
Consumo de frutas	Pelo menos uma vez por dia	15	78,9	12	85,7
	Uma vez em cada 2/3 dias	1	5,3	1	7,1
	Cerca de uma vez/semana	2	10,5	0	0
	Menos de uma vez/semana	0	0	1	7,1
	Nunca	1	5,3	0	0
Consumo de vegetais	Pelo menos uma vez por dia	16	84,2	12	85,7
	Uma vez em cada 2/3 dias	1	5,3	2	14,3
	Cerca de uma vez/semana	1	5,3	0	0
	Menos de uma vez/semana	0	0	0	0
	Nunca	0	0	0	0
Tenta evitar alimentos gordurosos ou doces?	Sim	12	63,2	14	100
	Não	7	36,8	0	0
Costuma adicionar sal à comida preparada?	Habitualmente	0	0	0	0
	Às vezes	3	15,8	2	14,3
	Raramente	2	10,5	5	35,7
	Nunca	14	73,7	7	50
Consumo de água	Um a dois copos/dia	5	26,3	1	7,1
	Três a cinco copos/dia	8	42,1	4	28,6
	Seis a oito copos/dia	3	15,8	3	21,4
	Mais de 8 copos/dia	3	15,8	6	42,9

Pré e pós-teste

Quiz Saúde

Os normotensos aumentaram significativamente o nível de conhecimento sobre a HAS no pós-teste ($p = 0,01$). Enquanto que para os hipertensos não houve aumento

significativo ($p = 0,09$). De qualquer forma, ambos os grupos já apresentavam bom conhecimento sobre a doença.

Variáveis psicológicas

Percepção da doença

No escore geral da percepção da doença não houve diferença significativa para ambos os grupos. Apesar disso, os hipertensos já apresentavam uma percepção total abaixo do nível ameaçador (Pré = 27,8; Pós = 24,8). Enquanto que os normotensos mantiveram uma percepção de que a HAS é levemente ameaçadora (Pré = 36,9; Pós = 35). Na dimensão controle pessoal ambos os grupos aumentaram a percepção de que podem controlar ou prevenir a HAS (hipertensos: $p = 0,02$; normotensos: $p = 0,00$).

Na dimensão controle do tratamento, ambos os grupos já apresentavam alta percepção de que o tratamento é efetivo no controle da doença, embora os hipertensos tenham aumentado essa noção de forma significativa no pós-teste ($p = 0,05$). Na dimensão coerência, ambos os grupos ampliaram a percepção de que compreendem a HAS (hipertensos: $p = 0,00$; normotensos: $p = 0,01$) após a intervenção. Nas dimensões consequências, identidade e representação emocional não houve diferença significativa entre o pré e o pós-teste nos dois grupos.

Na tabela 7 apresenta-se os resultados de pré e pós-teste das dimensões da Percepção da doença:

Tabela 7
Percepção da Doença

Dimensões do Brief-IPQ	Hipertensos				Sig	Normotensos				
	Pré		Pós			Pré		Pós		
	Média	DP	Média	DP		Média	DP	Média	DP	Sig
Percepção total	27,8	7,92	24,8	7,49	0,08	36,9	6,69	35	5,84	0,15
Identidade	3,63	2,45	3,32	2,45	0,57	6,93	2,26	6,92	2,49	0,93
Consequências	4,26	2,42	4,11	2,92	0,69	8,79	1,52	8,85	1,21	0,86
Controle pessoal	6,05	1,31	6,84	1,53	0,02	6,93	1,38	8,31	1,31	0,00
Controle tratamento	7,89	1,32	8,53	0,96	0,05	8,93	1,26	8,85	1,57	0,73
Representação emocional	5,12	2,72	5	2,56	0,86	6,39	2,78	6,9	2,36	0,75
Coerência	6	1,70	7,32	1,82	0,00	5,71	2,16	7,75	0,96	0,01

Nota. DP = desvio padrão

Nos gráficos 1 e 2 são apresentadas as dimensões em que houve diferença significativa no pós-teste:

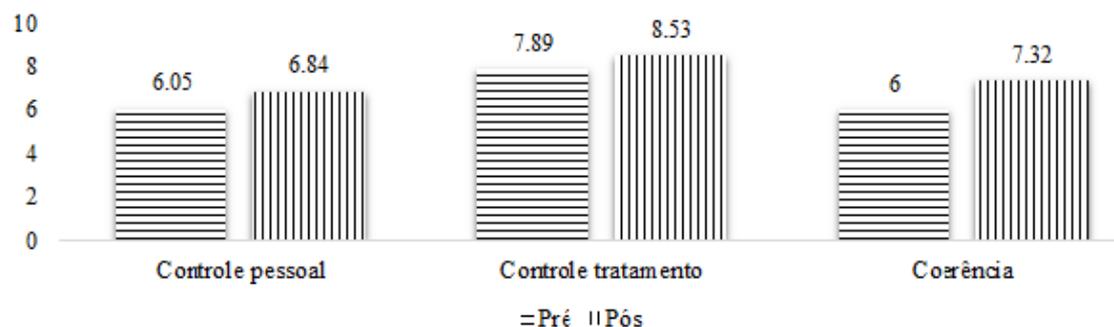


Gráfico 1. Diferença no Pós Teste Hipertensos



Gráfico 2. Diferença no Pós Teste Normotensos

Estresse percebido e estado atual de saúde

Estresse percebido: os níveis de estresse percebido de ambos os grupos reduziram de forma significativa no pós-teste (hipertensos: $p = 0,05$; normotensos: $p = 0,03$).

Estado atual de saúde: a auto avaliação quanto ao estado atual de saúde dos hipertensos aumentou significativamente no pós-teste ($p = 0,01$). Na etapa do pré-teste a média da avaliação foi de 6,89, enquanto no pós-teste foi de 7,56. Não houve diferença significativa na avaliação dos normotensos ($M = 7,86$ pré; $M = 8,23$ pós).

A tabela 8 apresenta os resultados de pré e pós-teste para essas variáveis:

Tabela 8
Estresse Percebido e Estado Atual de Saúde

	Hipertensos					Normotensos				
	Pré		Pós		Sig	Pré		Pós		Sig
	Média	DP	Média	DP		Média	DP	Média	DP	
Estresse percebido	23,45	6,44	21,83	7,80	0,05	22,83	8,24	19,08	6,58	0,03
Estado de saúde	6,89	0,83	7,56	0,85	0,01	7,86	0,86	8,23	0,93	0,27

Nota. DP = Desvio padrão

Discussão

Este estudo teve como objetivo descrever e avaliar os efeitos de uma intervenção piloto na percepção da doença, no estresse percebido e no conhecimento sobre a hipertensão de trabalhadores hipertensos e normotensos. O fato de o escore geral de percepção da doença de ambos os grupos não ter apresentado diferença significativa pode ter implicações clínicas distintas para cada condição. No caso dos hipertensos, a percepção sobre a doença pouco ameaçadora pode prejudicar à adoção de comportamentos de controle da HAS. Já o resultado dos normotensos, que consideraram a HAS como levemente ameaçadora, pode representar um aspecto favorável à prevenção para esse grupo, pois ao atribuírem maior gravidade à doença, pode-se sugerir que esses participantes apresentam maior consciência em relação ao seu papel frente à HAS, favorecendo a manutenção do seu *status* de saúde.

Com relação às dimensões da percepção da doença, o aumento significativo da percepção de ambos os grupos acerca do controle pessoal sugere que os participantes reforçaram suas crenças de controle e a noção de autorregulação. Dessa forma, os resultados parecem indicar que os participantes passaram a se perceber como mais autônomos e responsáveis por seu comportamento em saúde. Do ponto de vista clínico, essa pode ser uma das dimensões mais importantes para o controle e a prevenção da HAS, pois tanto hipertensos quanto normotensos, ao conhecerem mais sobre sua saúde e potencial de gestão frente à HAS, tendem a reduzir comportamentos não saudáveis, adotando uma postura mais autônoma e menos passiva diante dos riscos.

A adoção de comportamentos saudáveis exige que o indivíduo não apenas se perceba como responsável por sua saúde, mas que também se perceba com as competências necessárias para que a mudança de estilo de vida seja alcançada e está relacionado à autogestão do indivíduo frente à sua saúde (Leventhal, Philips, & Burns, 2016b). Sendo assim, o aumento do controle pessoal evidenciado nos resultados pode significar que a intervenção permitiu a promoção da autonomia em saúde e o fortalecimento do senso de autogestão dos participantes.

Considerando que quase todos os participantes do grupo clínico utilizavam medicação para controle da HAS, o aumento da percepção acerca do controle do tratamento pode representar uma contribuição ainda maior para esse grupo. Dentre as dimensões da percepção da doença, esta é a maior preditora da adesão ao tratamento (Phillips, Leventhal, & Burns, 2016). Entretanto, estudo anterior (Phillips, H. Leventhal, & Leventhal, 2013) revelou particularidades do papel das crenças para a adesão intencional e não intencional com pacientes hipertensos. O paciente hipertenso que intencionalmente não segue o tratamento poderia estar sob influência direta de suas experiências ou crenças de senso comum, enquanto que a adesão não intencional

(espontânea) está relacionada à força do hábito. Nesse sentido, aumentar a percepção de controle do tratamento pode ser grande relevância para que crenças de senso comum não interfiram na intenção dos hipertensos de aderir à medicação.

Normotensos também apresentaram alta pontuação nessa dimensão, ainda que não tenha havido diferença significativa após a intervenção. De qualquer forma, a crença de que o tratamento pode controlar a doença também pode ser importante para que normotensos influenciem hipertensos de seu convívio a usar corretamente a medicação e a adotarem as medidas terapêuticas recomendadas (ex. modificação do estilo de vida e gerenciamento do estresse), especialmente considerando que todos os normotensos relataram ter pessoas portadoras de HAS na família.

Por outro lado, apesar do aumento significativo no conhecimento sobre a doença, os normotensos mantiveram altas pontuações nas dimensões identidade e consequências, percebendo a doença como sintomática e com fortes consequências à vida do portador. A partir disso, também pode-se hipotetizar que a experiência vicária exerce maior peso sob as crenças do que o conhecimento formal adquirido pelos participantes.

Com relação ao estresse, ambos os grupos apresentaram redução significativa nos níveis de estresse percebido, ainda que os participantes já apresentassem níveis moderados antes da intervenção. Encontrou-se apoio preliminar em uma meta análise que evidenciou que as intervenções realizadas com trabalhadores com altos níveis de estresse foram tão efetivas quanto as intervenções com trabalhadores que apresentavam níveis baixos ou moderados (Van der Klink, Blonk, Schene, & Van Dijk, 2001). Esse resultado revela a intervenção como um instrumento pertinente para o gerenciamento do estresse em trabalhadores, podendo contribuir como estratégia de prevenção e promoção da saúde no contexto organizacional.

Intervenções para prevenir doenças e promover a saúde do trabalhador são de grande importância no contexto organizacional, devido ao número substancial da população que pode ser alcançada e à influência que as empresas têm para promover a mudança de comportamento dos trabalhadores (Quintiliani & Sattelmair, 2007; WHO, 2013). Além disso, as pessoas passam cerca de oito horas do dia no trabalho, o que reforça a necessidade de ações de prevenção em saúde nesse contexto.

No presente estudo a adoção de técnicas mistas, tais como a psicoeducação e a *mindfulness* pode ter contribuído para reduzir o estresse, tal como em estudos anteriores que evidenciaram efeitos positivos de intervenções multimodais (Bhui et al., 2012; Limm et al., 2011; Ruotsalainen, Verbeek, Mariné, & Serra, 2015). Com relação à melhora significativa na percepção dos hipertensos quanto a seu estado de saúde após a intervenção, esse resultado pode estar associado a uma maior auto-gestão frente à doença, o que pode ter contribuído para sentirem-se em melhor estado de saúde.

Conclusões

Os achados sugerem que a intervenção piloto produziu efeitos positivos no que diz respeito ao senso de auto-gestão de ambos os grupos frente à doença, especialmente a partir do aumento da percepção acerca da dimensão controle pessoal. Ao ampliarem o senso de controle e compreensão (dimensão coerência) sobre a HAS, os participantes podem ter se sentido mais autônomos e empoderados frente à doença, favorecendo a adoção de comportamentos saudáveis e a percepção de um melhor estado de saúde dos hipertensos. Os achados também sugerem que os participantes ampliaram o conhecimento sobre o estresse e sua autoeficácia, tendo em vista que eles podem ter se sentido com maior capacidade para manejar eventos estressores a partir do entendimento de que os níveis de estresse não dependem exatamente das situações, mas

da forma como os participantes percebem e enfrentam tais eventos. Diante disso, a intervenção pode ter contribuído para que os participantes mudassem o modo como gerenciam o estresse em seu cotidiano e o controle que exercem na gestão da HAS.

Quanto às limitações, o número reduzido de participantes dificultou a realização de análises inferenciais adicionais, que contribuiriam para a compreensão mais aprofundada do fenômeno. Além disso, devido a heterogeneidade dos grupos de hipertensos e normotensos, não foi possível o pareamento. Devido à percepção na dimensão identidade ter se mantido elevada para os normotensos e os hipertensos terem mantido percepção geral abaixo do nível de ameaça, sugere-se que em aplicações posteriores a intervenção seja personalizada conforme as necessidades específicas de cada condição. Nesse sentido, uma análise prévia das medidas de pré-teste poderá ser relevante para identificar as dimensões e demais aspectos que precisam ser enfatizados com cada grupo.

Pesquisas futuras poderão replicar a proposta de intervenção com amostras maiores e em diferentes contextos de trabalho. Recomenda-se ainda o uso de um sistema de recompensas, baseadas em gerenciamento de contingências (*contingency management*), para favorecer a adesão às sessões e às coletas, visando à ampliar os efeitos positivos da intervenção. Outra recomendação é que sejam incluídas medidas relevantes adicionais, como por exemplo, a aplicação de escalas de autoeficácia, visando à análise de associações com a percepção da doença, além de medidas biológicas, como o cortisol, para verificação dos níveis de estresse de forma ainda mais acurada. O MSC e o Modelo Transacional do estresse foram válidos para ampliar o senso de empoderamento e autorregulação em saúde dos participantes. Novas intervenções podem associá-los a outros modelos com o objetivo de potencializar os

efeitos da intervenção, incluindo também a criação de planos de ação que visem à mudança de comportamentos, especialmente para hipertensos.

Em conjunto, os resultados demonstraram que a intervenção grupal proposta foi relevante para prevenção e controle da HAS. As técnicas aplicadas parecem ter promovido a aquisição de habilidades autorregulatórias e de conhecimento quanto à doença. Além disso, a interação entre os participantes propiciou trocas de experiências e também pode ter favorecido os resultados positivos encontrados. Os achados reforçam a importância da Psicologia clínica para o desenvolvimento e aplicação de intervenções de educação em saúde como estratégias para prevenção e controle de doenças no ambiente de trabalho. Este estudo é inédito ao levar Psicologia clínica e da saúde para o contexto organizacional. Nessa perspectiva, o estudo contribuiu com o maior conhecimento dos aspectos psicológicos e comportamentais associados à HAS e para o desenvolvimento de um protocolo piloto de intervenção. Os resultados deste trabalho poderão ser úteis ao subsidiar futuras intervenções dirigidas à prevenção e controle da HAS, especialmente no contexto organizacional.

Referências

- American Heart Association [AHA] (2014). *Prevention & Treatment of High Blood Pressure*. Retrieved from http://www.heart.org/HEARTORG/Conditions/HighBloodPressure/PreventionTreatmentofHighBloodPressure/Prevention-Treatment-of-High-Blood-Pressure_UCM_002054_Article.jsp
- Bhui, K. S., Dinos, S., Stanfeld, A., & White P. (2012). A synthesis of the evidence for managing stress at work: a review of the reviews reporting on anxiety, depression, and absenteeism. *J Environ Public Health*, 515874. doi.org/10.1155/2012/515874
- Cameron, L. D., & Ph, D. (2003). Conceptualizing and Assessing Risk Perceptions: A Self-Regulatory Perspective, 1–12. Retrieved from http://cancercontrol.cancer.gov/brp/research/theories_project/cameron.pdf
- Broadbent, E., Petrie, K. J., Main, J., & Weinman, J. (2006). The Brief Illness Perception Questionnaire. *Journal of Psychosomatic Research*, 60, 631- 637. doi: 10.1016/j.jpsychores.2005.10.020
- Castillo, A. Del, Godoy-Izquierdo, D., Vázquez, M. L., & Godoy, J. F. (2013). Illness beliefs about hypertension among non-patients and healthy relatives of patients. *Health*, 05(04), 47–58. doi.org/10.4236/health.2013.54A007
- Cohen, S., Karmack, T., & Mermelsteinm, R. (1983). A global measure of perceived stress. *Journal of Health and Social Behavior*, 24(4), 385-396. Retrieved from <http://www.psy.cmu.edu/~scohen/globalmeas83.pdf>
- Creswell, J. W. (2010). *Projeto de pesquisa: métodos qualitativo, quantitativo e misto*. 3. ed. Porto Alegre: Artmed/Bookman.
- Gibbons, A., & Groarke, A. (2015). Can risk and illness perceptions predict breast cancer worry in healthy women? *Journal of Health Psychology*. doi.org/10.1177/1359105315570984

- Hagger, M. S., & Orbell, S. (2006). Illness representations and emotion in people with abnormal screening results. *Psychology & Health, 21*(2), 183–209.
doi.org/10.1080/14768320500223339
- Israel, J. I., White, K. S., & Gervino, E. V. (2015). Illness Perceptions, Negative Emotions, and Pain in Patients with Noncardiac Chest Pain. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings, 22*(1), 77–89. doi.org/10.1007/s10880-015-9419-6
- Jones, C. J., Smith, H. E., & Llewellyn, C. D. (2015). A systematic review of the effectiveness of interventions using the Common Sense Self-Regulatory Model to improve adherence behaviors. *Journal of Health Psychology.*
doi.org/10.1177/1359105315583372
- Lazarus, R., & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. New York: Springer Publishing Company.
- Leventhal, H., Meyer, D. and Nerenz, D. (1980). The common-sense model of illness danger. In Rachman, S. (Eds.), *Medical psychology* (pp. 7–30). Pergamon, New York.
- Leventhal, H., Phillips, L. A., & Burns, E. (2016a). Modelling management of chronic illness in everyday life: A Common- sense approach, *25*(May), 1–18.
- Leventhal, H., Phillips, L.A. & Burns, E. J (2016b). The Common-Sense Model of Self-Regulation (CSM): a dynamic framework for understanding illness self-management. *Behav Med. 39*: 935. doi:10.1007/s10865-016-9782-2
- Limm, H., Gündel, H., Heinmüller, M., Marten-Mittag, B., Nater, U. M., Siegrist, J., & Angerer, P. (2011). Stress management interventions in the workplace improve stress reactivity: a randomised controlled trial. *Occupational and Environmental Medicine, 68*(2), pp. 126–33. doi.org/10.1136/oem.2009.054148.

- Luft, C. B., Sanches, S. O., Mazo, G. Z., & Andrade, A. (2007). Versão brasileira da Escala de Estresse Percebido: Tradução e validação para idosos. *Revista de Saúde Pública, 41*(4), pp. 606-615. doi.org/10.1590/S0034-89102007000400015
- Moss-Morris, R., Weinman, J., Petrie, K., Horne, R., Cameron, L., & Buick, D. (2002). The revised illness perception questionnaire (IPQ-R). *Psychology and Health, 17*(1), 1-16. doi: 10.1080/08870440290001494
- Nogueira, G. S., Seidl, E. M. F., & Tróccoli, B. T. (2016). Análise Fatorial Exploratória do Questionário de Percepção de Doenças Versão Breve (Brief IPQ). *Psicologia: Teoria E Pesquisa, 32*(1), 161–168. doi.org/10.1590/0102-37722016011871161168
- Peuker, A. C., Kuhn, C. H. C., Castro, E.K. (2016). Intervención psicoeducativa para la prevención del cáncer de cuello de útero. In C. R. Jara & Y. G. Valdes, *Psiconcologia, Aportes a la Comprensión y la Terapéutica* (1. ed., pp. 257-272). Talca, Chile: Nueva Mirada Ediciones.
- Phillips, L. A., Leventhal, H., & Leventhal A.E. (2013) Assessing theoretical predictors of long-term medication adherence: Patients' treatment-related beliefs, experiential feedback and habit development, *Psychology & Health, 28:10, 1135-1151*. doi: 10.1080/08870446.2013.793798
- Phillips, L. A., Leventhal, H., & Burns, E. A. (2016). Choose (and use) your tools wisely: “Validated” measures and advanced analyses can provide invalid evidence for/against a theory. *Journal of Behavioral Medicine*. doi.org/10.1007/s10865-016-9807-x
- Quiceno J. M. & Vinaccia, S. (2010). Percepción de Enfermedad: una aproximación a partir del illness perception questionnaire. *Psicología desde el Caribe, 25*, 56-83. Retrieved from <http://www.redalyc.org/pdf/213/21315106004.pdf>

- Quintiliani, L. J., & Sattelmair, G. S. (2007). *The workplace as a setting for interventions to improve diet and promote physical activity*. Retrieved June 8th, 2015, from <http://www.who.int/dietphysicalactivity/Quintiliani-workplace-as-setting.pdf>
- Richardson, K. M., & Rothstein, H. R. (2008). Effects of occupational stress management intervention programs: a meta-analysis. *Journal of Occupational Health Psychology*, 13(1), 69–93. doi.org/10.1037/1076-8998.13.1.69
- Ruotsalainen JH, Verbeek JH, Mariné A, Serra C. (2015). Preventing occupational stress in healthcare workers. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, Issue 4. Art. No.: CD002892. doi: 10.1002/14651858.CD002892.pub5.
- Stephoe A., Kivimaki M. (2013). Stress and cardiovascular disease: an update on current knowledge. *Annual Review of Public Health*. 34, 337-354. doi: 10.1146/annurev-publhealth-031912-114452
- Wallbank, S., & Robertson, N. (2013). Predictors of staff distress in response to professionally experienced miscarriage, stillbirth and neonatal loss: A questionnaire survey. *International Journal of Nursing Studies*, 50(8), 1090–1097. doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2012.11.022
- Westbrook, T. D., Maddocks, K., & Andersen, B. L. (2016). The relation of illness perceptions to stress, depression, and fatigue in patients with chronic lymphocytic leukaemia. *Psychology & Health*, (May), 1–12. doi.org/10.1080/08870446.2016.1158259
- World Health Organization (WHO) (2013). A Global Brief on Hypertension: Silent Killer, *Global Public Health Crisis* [Online]. Retrieved from: <http://www.thehealthwell.info/node/466541>

Van der Klink J.J., Blonk R.W., Schene A.H., Van Dijk F.J.H. (2001). The benefits of interventions for work-related stress. *American Journal of Public Health*.

91(2):270–276.

Varvogli, L., & Darviri, C. (2011). Stress management techniques: Evidence-based procedures that reduce stress and promote health. *Health Science Journal*.

Considerações finais da dissertação

Esta pesquisa permitiu compreender como os indivíduos hipertensos e normotensos percebem a hipertensão arterial sistêmica, além de conhecer seus níveis de estresse e de bem-estar subjetivo. Também foi possível promover, através da autorregulação em saúde e do gerenciamento do estresse, maior autonomia dos participantes frente à doença e ampliar seus recursos internos para manejar situações de estresse. Os resultados mostraram a importância de se desenvolver ações para prevenção e controle da HAS no contexto organizacional.

O processo como um todo foi gratificante e de intenso aprendizado, desde o contato com a empresa para alinhamento das expectativas e das etapas da pesquisa, passando pela rica interação com os participantes, pela coleta e aplicação da intervenção, até as esperadas leitura e interpretação dos dados. A empresa em questão demonstrou uma visão vanguardista ao aceitar que um pesquisador externo à sua cultura aplicasse uma proposta inédita de promover a saúde de hipertensos e normotensos a partir dos aspectos psicológicos. E mesmo sendo uma multinacional de grande porte, com muitos processos a seguir, demonstrou total agilidade e sensibilidade para encaminhar quaisquer demandas que surgissem durante o processo, atuando como facilitadora e parceira da pesquisa. Nesse sentido, o estudo também contribuiu para dar maior visibilidade à pesquisa científica dentro das empresas, pois, a partir dos resultados encontrados e da relação de confiança estabelecida com empresa e participantes, espera-se abrir espaço para que mais pesquisas em Psicologia clínica sejam realizadas no contexto organizacional.

Apesar não estarem habituados a uma interação tão próxima entre a academia e o contexto organizacional, os participantes mostraram-se abertos e enriqueceram de forma grandiosa cada encontro da intervenção. Através de suas falas, trocas de

experiências, motivações e anseios, percebi que o alcance desta pesquisa fora além dos efeitos positivos que os resultados demonstraram. O conhecimento e o autoconhecimento adquiridos pelos participantes ao longo dos encontros, parecem ter mobilizado importantes reflexões acerca de seu estilo de vida, comportamentos em saúde e do quanto podem contribuir através de seu exemplo para as pessoas em seu entorno.

Ao longo de todo o processo também surgiram alguns desafios. O primeiro deles refere-se ao fator tempo: por questões de agenda, a empresa precisou que se iniciasse a intervenção com um intervalo de menos de uma semana após a aprovação acadêmica deste projeto. A partir disso, optou-se por conciliar o pré-teste com o encontro de captação, o que impossibilitou a análise prévia dos dados de pré-teste para personalizar a intervenção conforme os resultados identificados.

Além disso, a intervenção fora realizada no período (janeiro a março) em que muitos trabalhadores estavam em férias e isso parece ter reduzido substancialmente o número de interessados e a adesão de alguns inscritos às sessões. Em relação à coleta de dados, inicialmente se estabeleceu três tempos de coleta: 1) no início da intervenção, 2) 30 dias após seu início e 3) 90 dias após o início das sessões. Planejou-se que as coletas dois e três seriam *online*, porém a adesão de menos de 50% dos participantes na coleta dois fez com que esse tempo fosse excluído da pesquisa e que se optasse por realizar a última coleta de forma presencial.

Ademais, devido às diferenças entre as características dos dois grupos, reveladas na análise de dados, optou-se pela mudança no delineamento da pesquisa: não comparar hipertensos e normotensos e realizar análises estatísticas intragrupo. Diante desses desafios, fica o aprendizado de que é fundamental compreender que o contexto organizacional imprime um ritmo diferente à pesquisa, com maior senso de urgência e

que necessita de adaptação constante às muitas variáveis não controláveis que permeiam a realização da pesquisa em uma empresa.

Pessoalmente, realizar este trabalho foi uma das experiências mais enriquecedoras e intensas que já vivenciei. Após mais de 16 anos trabalhando em empresas, estar no mundo acadêmico foi a realização de um sonho antigo e um divisor de águas em termos de conhecimento e de implicações práticas para minha trajetória profissional. Passei de leitora e aprendiz à produtora de conhecimento e aprendiz (sempre), em um mundo repleto de descobertas, dificuldades e realizações. Foram dois anos em um caminho de transformação, reflexão, superação e crescimento.

Ainda que fosse um cenário novo para mim, desde o princípio me senti como se já fizesse parte desse contexto, pois tudo me soava próximo e familiar. Cada orientação, aula ou temática me alimentava e instigava a ir além. Naturalmente, nesse período também houve limitações pessoais, mas que contribuíram para meu crescimento e para tornar esta conquista ainda mais especial. Concluo este ciclo feliz pelo imenso aprendizado e com o desejo de que este trabalho tenha mobilizado os participantes às práticas que lhes proporcionem uma vida mais proveitosa e saudável.

Os resultados oriundos desta pesquisa oportunizaram a reflexão sobre maneiras de prevenir e controlar a HAS no contexto de trabalho. Concluo esta dissertação elencando algumas dessas reflexões, em forma de recomendações, conforme a seguir:

- A Psicologia é fundamental dentro das empresas, mas seu papel deve ser mais amplo em relação ao que atualmente a Psicologia organizacional exerce. Nesse sentido, é necessário que esteja presente como agente de prevenção e promoção da saúde dentro das organizações, no intuito de promover a saúde mental, gerar efeitos nas crenças, no comportamento e, por consequência, na cultura da organização. Também se recomenda

a atuação interdisciplinar das áreas de Psicologia e de saúde, abordando aspectos psicológicos e biológicos nas intervenções com trabalhadores.

- Hipertensos e Normotensos são grupos distintos, tanto em condição clínica quanto no que tange as crenças sobre a HAS. Assim, recomenda-se que as percepções sejam trabalhadas em intervenções personalizadas, de forma a atender as necessidades de cada condição. Por outro lado, tendo em vista as semelhanças dos grupos em relação aos níveis de estresse e BES, intervenções que visem à promoção de BES ou o gerenciamento do estresse podem utilizar protocolos semelhantes para hipertensos e normotensos.
- O contexto organizacional é rico em oportunidades para melhorar a saúde das pessoas, mas percebe-se poucas ações desenvolvidas nesse âmbito. Identifica-se também uma dissociação entre a prática e a pesquisa, visto que intervenções realizadas pelas próprias empresas, em sua maioria, não são baseadas em evidências. Na mesma direção, muitos pesquisadores produzem pesquisas que geram conhecimento, porém sem aplicação prática. Sugere-se que novas pesquisas proponham a integração entre a prática da empresa e o conhecimento teórico produzido pela academia, viabilizando a retroalimentação entre esses dois contextos.
- Este é um campo com muitas oportunidades para ações de educação em saúde, tais como intervenções individuais ou em grupo, criação de materiais (folders, cartilhas, vídeos), por exemplo. A intervenção teve como diferencial, em comparação às campanhas de saúde geralmente realizadas, a proposta de não ameaçar os participantes acerca dos riscos da HAS, mas sim de empoderá-los, fortalecendo seus recursos internos, para melhorar a autogestão frente à doença. Recomenda-se que novas estratégias de educação em saúde passem a considerar esses aspectos.

APÊNDICES

Apêndice A - Questionário biosociodemográfico/de comportamentos em Saúde (QCS)

Este questionário é parte de um estudo que tem como objetivo principal investigar os efeitos de uma intervenção para controle e prevenção da hipertensão em hipertensos e normotensos. O questionário é constituído por duas partes, na primeira pretende-se obter informações gerais sobre você e seu estado de saúde e, na segunda constam alguns dos parâmetros de seu estilo de vida. Por favor, seja tão honesto (a) quanto possível. Não há respostas certas, nem erradas. Todas as respostas serão mantidas em anonimato e confidencialidade, sendo usadas apenas para fins de investigação.

Geral	
Idade: _____	Sexo: <input type="checkbox"/> Feminino <input type="checkbox"/> Masculino
Qual a sua altura? _____ cm	Qual o seu peso? _____ kg
Tempo de empresa: _____	
Estado civil:	
<input type="checkbox"/> Solteiro <input type="checkbox"/> Casado/vive junto <input type="checkbox"/> Separado/divorciado <input type="checkbox"/> Viúvo	
Escolaridade:	
<input type="checkbox"/> Ensino fundamental incompleto	<input type="checkbox"/> Ensino fundamental completo
<input type="checkbox"/> Ensino médio incompleto	<input type="checkbox"/> Ensino médio completo
<input type="checkbox"/> Ensino superior incompleto	<input type="checkbox"/> Ensino superior completo
<input type="checkbox"/> Pós-Graduação incompleta	<input type="checkbox"/> Pós-Graduação completa
Você está estudando atualmente? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Qual curso? _____	
Tem filhos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Quantos filhos? _____	
Pessoas com as quais mora e grau de parentesco:	
<input type="checkbox"/> Pai e Mãe <input type="checkbox"/> Pai <input type="checkbox"/> Mãe <input type="checkbox"/> Pais e irmãos <input type="checkbox"/> Cônjuge <input type="checkbox"/> Cônjuge e filho (s)	
<input type="checkbox"/> Filho (s) <input type="checkbox"/> Sozinho <input type="checkbox"/> Outro _____	
Há quanto tempo recebeu o diagnóstico de Hipertensão Arterial? <input type="checkbox"/> Há menos de um ano	
<input type="checkbox"/> Há mais de um ano <input type="checkbox"/> Outros: há quanto tempo? _____ meses ou _____ anos	
(A questão acima foi excluída para normotensos)	
Por favor, vire a folha (continuação) →	

Você toma medicação para tratar a Hipertensão? Sim Não **(Excluída para normotensos)**

Se sim, qual o nome da medicação e a dosagem diária? _____

Você tem alguma outra doença além da Hipertensão? Sim Não **(Questão excluída para normotensos)**

Se sim, assinale caso tenha uma das doenças abaixo:
(Questão adaptada para normotensos: "Assinale, caso possua algumas das doenças abaixo: ")

Diabetes Doença cardíaca Derrame/Isquemia (Acidente vascular cerebral)

Câncer Epilepsia ou convulsões Doença renal

Tuberculose Problema respiratório crônico Hepatite

Cirrose ou doença crônica do fígado Outras Quais doenças? _____

Há histórico de Hipertensão Arterial ou doenças associadas (doenças cardíacas, AVC - derrame/isquemia, doenças renais) em sua família?

Sim Não

Em algum momento de sua vida você foi hospitalizado?

Sim Não Por qual motivo? _____

Faz tratamento psicológico ou psiquiátrico atualmente?

Sim, atendimento psicológico Sim, atendimento psiquiátrico

Sim, ambos Não

Estilo de Vida

Atividades Físicas

Você pratica atividades físicas?

Sim Não

Se sim, quantos dias por semana você pratica pelo menos 30min contínuos de atividades físicas?

Todos os dias 4-6 dias 3-5 dias Menos de 3 dias Nunca

Gostaria de aumentar a prática de atividades físicas? Sim Não

Por favor, vire a folha (continuação) →

1 a 2 doses 3 ou 4 doses 5 ou 6 doses 7 a 9 doses 10 doses ou mais

Caso consuma álcool habitualmente, gostaria de reduzir a quantidade ou deixar de beber?

Sim Não

Alimentação

Quantas refeições faz por dia (café, almoço, jantar e alimentos entre refeições)?

6 refeições ou mais 3-5 refeições 1-2 refeições

Você tenta evitar alimentos gordurosos e doces? Sim Não

Com que frequência come frutas?

Pelo menos uma vez por dia Uma vez em cada 2/3 dias

Cerca de uma vez/ semana Menos de uma vez/semana Nunca

Com que frequência come vegetais?

Pelo menos uma vez por dia Uma vez em cada 2/3 dias

Cerca de uma vez/ semana Menos de uma vez/semana Nunca

Gostaria de melhorar sua alimentação? Sim Não

Costuma adicionar sal à comida já preparada (no prato)?

Habitualmente Às vezes Raramente Nunca

Gostaria de reduzir seu consumo de sal? Sim Não

Qual seu consumo diário de água?

1 a 2 copos/dia 3 a 5 copos/dia 6 a 8 copos/dia Mais de 8 copos/dia

Gostaria de aumentar seu consumo de água? Sim Não

Considera-se com: Obesidade elevada Obesidade leve Peso adequado Peso abaixo do adequado Peso muito abaixo do adequado

Gostaria de reduzir seu peso? Sim Não

De 0 a 10, dê uma nota para o seu estado de saúde atual.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Péssimo excelente

Agradecemos por sua participação.

Apêndice B - Questionário Breve de Percepção de Doenças (B-IPQ)

Hipertenso

Questionário Breve de Percepção de Doenças (*Brief Illness Perception Questionnaire – B-IPQ*)

Instruções para preenchimento: Este questionário é sobre o que você pensa sobre a Hipertensão Arterial. 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.
Assim, para as questões a seguir, por favor, assinale com um "X" o número que melhor corresponde ao seu ponto de vista:

1. Quanto a Hipertensão Arterial afeta a sua vida?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Não afeta em nada a minha vida

Afeta gravemente a minha vida

2. Quanto controle você sente que tem sobre a Hipertensão Arterial?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Absolutamente nenhum controle

Tenho extremo controle

3. Quanto você pensa que o tratamento pode ajudar a melhorar a Hipertensão Arterial?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Não ajudará em nada

Ajudará extremamente

4. Quanto você sente sintomas (sinais, reações ou manifestações) da Hipertensão Arterial?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Não sinto nenhum sintoma

Sinto muitos sintomas graves

5. Quanto você está preocupado (a) com a Hipertensão Arterial?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Nem um pouco preocupado (a)

Extremamente preocupado (a)

6. Até que ponto você acha que compreende a Hipertensão Arterial?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Não compreendo nada

Compreendo muito claramente

7. Quanto a Hipertensão Arterial o (a) afeta emocionalmente? (Por exemplo, faz você sentir raiva, medo, ficar chateado ou depressivo).

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Não me afeta emocionalmente em nada

Me afeta muitíssimo emocionalmente

8. Quanto tempo você pensa que a Hipertensão Arterial irá durar? Por favor, explique.

9. Por favor, liste em ordem de importância os três fatores mais importantes que você acredita que causaram a sua Hipertensão Arterial.

1ª _____

2ª _____

3ª _____

Normotenso

Questionário Breve de Percepção de Doenças (*Brief Illness Perception Questionnaire – B-IPQ*)

Instruções para preenchimento: Este questionário é sobre o que você pensa sobre a Hipertensão Arterial. Não existe resposta certa ou errada, o que importa é que você escolha a alternativa que melhor represente a maneira como você percebe a doença.

Assim, para as questões a seguir, por favor, assinale com um "X" o número que melhor corresponde ao seu ponto de vista:

1. Quanto você acredita que a Hipertensão Arterial afeta a vida de uma pessoa?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Não afeta em nada a vida

Afeta gravemente a vida

2. Quanto controle você sente que tem para prevenir a Hipertensão Arterial?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Absolutamente nenhum controle

Tenho extremo controle

3. Quanto você pensa que o tratamento pode ajudar a melhorar a Hipertensão Arterial?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Não ajudará em nada

Ajudará extremamente

4. Quanto você acredita que um portador (a) de Hipertensão Arterial sinta sintomas (sinais, reações ou manifestações) da doença?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Não sente nenhum sintoma

Sente muitos sintomas graves

5. Quanto você está preocupado (a) com a Hipertensão Arterial?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Nem um pouco preocupado (a)

Extremamente preocupado (a)

6. Até que ponto você acha que compreende a Hipertensão Arterial?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Não compreendo nada

Compreendo muito claramente

7. Quanto você acredita que a Hipertensão Arterial afeta emocionalmente o portador (a) da doença? (Por exemplo, faz a pessoa sentir raiva, medo, ficar chateada ou depressiva).

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Não afeta emocionalmente em nada

Afeta muitíssimo emocionalmente

8. Quanto tempo você pensa que a Hipertensão Arterial irá durar para o portador da doença? Por favor, explique.

9. Por favor, liste em ordem de importância os três fatores mais importantes que você acredita que causam a Hipertensão Arterial.

1ª _____

2ª _____

3ª _____

Apêndice C - Escala de estresse percebido

Instruções para preenchimento

As questões nesta escala perguntam sobre seus sentimentos e pensamentos durante o último mês. Em cada caso, será pedido para você indicar o quão frequentemente você tem se sentido de uma determinada maneira. Embora algumas das perguntas sejam similares, há diferenças entre elas e você deve analisar cada uma como uma pergunta separada. A melhor abordagem é responder a cada pergunta razoavelmente rápido. Isto é, não tente contar o número de vezes que você se sentiu de uma maneira particular, mas indique a alternativa que lhe pareça como uma estimativa razoável. Para cada pergunta, escolha as seguintes alternativas:

0= nunca

1= quase nunca

Neste último mês, com que frequência...						
1	Você tem ficado triste por causa de algo que aconteceu inesperadamente?	0	1	2	3	4
2	Você tem se sentido incapaz de controlar as coisas importantes em sua vida?	0	1	2	3	4
3	Você tem se sentido nervoso e estressado?	0	1	2	3	4
4	Você tem tratado com sucesso dos problemas difíceis da vida?	0	1	2	3	4
5	Você tem sentido que está lidando bem com as mudanças importantes que estão ocorrendo em sua vida?	0	1	2	3	4
6	Você tem se sentido confiante na sua habilidade de resolver problemas pessoais?	0	1	2	3	4
7	Você tem sentido que as coisas estão acontecendo de acordo com a sua vontade?	0	1	2	3	4
8	Você tem achado que não conseguiria lidar com todas as coisas que você tem que fazer?	0	1	2	3	4
9	Você tem conseguido controlar as irritações em sua vida?	0	1	2	3	4
10	Você tem sentido que as coisas estão sob o seu controle?	0	1	2	3	4
11	Você tem ficado irritado porque as coisas que acontecem estão fora do seu controle?	0	1	2	3	4
12	Você tem se encontrado pensando sobre as coisas que deve fazer?	0	1	2	3	4
13	Você tem conseguido controlar a maneira como gasta seu tempo?	0	1	2	3	4
14	Você tem sentido que as dificuldades se acumulam a ponto de você acreditar que não pode superá-las?	0	1	2	3	4

Apêndice D - Escala de Afetos Positivos e Afetos Negativos (PANAS)

Esta escala consiste um número de palavras que descrevem diferentes sentimentos e emoções. Por favor, leia cada item e depois marque no espaço ao lado da palavra da lista, o número que corresponde à resposta adequada. Indique até que ponto você tem se sentido desta forma ultimamente:

1	2	3	4	5
Nem um pouco	Um pouco	Moderadamente	Bastante	Extremamente

1. Aflito _____
2. Amável _____
3. Amedrontado _____
4. Angustiado _____
5. Animado _____
6. Apaixonado _____
7. Determinado _____
8. Dinâmico _____
9. Entusiasmado _____
10. Forte _____
11. Humilhado _____
12. Incomodado _____
13. Inquieto _____
14. Inspirado _____
15. Irritado _____
16. Nervoso _____
17. Orgulhoso _____
18. Perturbado _____
19. Rancoroso _____
20. Vigoroso _____

* Os itens 1, 3, 4, 11, 12, 13, 15, 16, 18, 19 referem-se a afetos negativos e os itens 2, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 14, 17, 20 referem-se a afetos positivos.

Apêndice E - Escala de Satisfação de Vida

Instruções

Abaixo você encontrará cinco afirmativas. Assinale na escala abaixo de cada afirmativa o quanto ela descreve a sua situação pessoal. Não há respostas certas ou erradas, mas é importante você marcar com sinceridade como você se sente com relação a cada uma dessas afirmativas.

1) A minha vida está próxima do meu ideal.

Discordo plenamente _ | _1_ | _2_ | _3_ | _4_ | _5_ | _6_ | _7_ | _ Concordo plenamente

2) Minhas condições de vida são excelentes.

Discordo plenamente _ | _1_ | _2_ | _3_ | _4_ | _5_ | _6_ | _7_ | _ Concordo plenamente

3) Eu estou satisfeito com a minha vida.

Discordo plenamente _ | _1_ | _2_ | _3_ | _4_ | _5_ | _6_ | _7_ | _ Concordo plenamente

4) Até agora eu tenho conseguido as coisas importantes que eu quero na vida.

Discordo plenamente _ | _1_ | _2_ | _3_ | _4_ | _5_ | _6_ | _7_ | _ Concordo plenamente

5) Se eu pudesse viver a minha vida de novo eu não mudaria quase nada.

Discordo plenamente _ | _1_ | _2_ | _3_ | _4_ | _5_ | _6_ | _7_ | _ Concordo plenamente

Apêndice F - Carta de anuência



UNIVERSIDADE DO VALE DO RIO DOS SINOS
Unidade Acadêmica de Pesquisa e Pós-Graduação (UAP&PG)
Comitê de Ética em Pesquisa (CEP)

APÊNDICE H – Carta de Anuência

Eu, PABLO RICARDO BARRERA, Gerente de SSMA da empresa, consinto a realização da pesquisa "Efeitos de uma Intervenção psicoeducativa em trabalhadores com Hipertensão Arterial", da pesquisadora Gerusa Pires, mestranda em Psicologia Clínica da Universidade do Vale do Rio dos Sinos – UNISINOS, orientada pelas Professoras Dra. Elisa Kern de Castro e Dra. Ana Carolina Peuker. Estou ciente de que o estudo tem por objetivo investigar os efeitos da intervenção psicoeducativa no conhecimento, nas dimensões da percepção sobre a doença e nas variáveis psicofisiológicas Estresse Percebido, Bem-estar subjetivo, Percepção de Risco e Pressão Arterial de trabalhadores portadores de Hipertensão Arterial (HAS).

As atividades na empresa ocorrerão entre o período de janeiro e junho de 2016. Inicialmente serão realizadas reuniões de alinhamento com membros da equipe de saúde, considerando que os participantes da pesquisa também passarão por consultas multidisciplinares, com Médico do trabalho e Nutricionista. A intervenção psicoeducativa ocorrerá em três encontros presenciais em grupo, com duração de cerca de 1h cada um, distribuídos semanalmente. Ao longo da pesquisa, os participantes também serão solicitados a preencher questionários sobre comportamentos em saúde, de forma online, em três ocasiões distintas. O tempo estimado para preenchimento dos questionários em cada ocasião é de 20min.

Os dados de todos os participantes da pesquisa são confidenciais e em nenhum momento serão divulgados individualmente. É possível que os resultados da pesquisa sejam divulgados em eventos e publicações científicas, no entanto, os resultados serão sempre apresentados de maneira geral, sem identificações. Se houver algum desconforto durante a pesquisa será prestado o auxílio possível e necessário ao participante. A participação é voluntária e os trabalhadores poderão se retirar do estudo a qualquer momento, sem quaisquer prejuízos.

Assinatura:

Nome: Pablo Ricardo Barrera
Cargo: Gerente de SSMA – Região Sul

Triunfo, 27 de novembro de 2015

Apêndice G - TCLE



UNIVERSIDADE DO VALE DO RIO DOS SINOS
 Unidade Acadêmica de Pesquisa e Pós-Graduação
 Comitê de Ética em Pesquisa

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – TCLE

Estamos convidando você a participar de uma pesquisa que tem como objetivo investigar os efeitos da intervenção psicoeducativa no conhecimento, nas dimensões da percepção sobre a doença e nas variáveis psicofisiológicas estresse percebido, bem-estar subjetivo, percepção de risco e pressão arterial de trabalhadores portadores de hipertensão arterial. A mestrande Gerusa Pires, vinculada ao Programa de Pós- Graduação em Psicologia Clínica da Universidade do Vale do Rio dos Sinos – Unisinos, é a pesquisadora responsável pelo projeto, sob orientação das professoras Dra. Elisa Kern de Castro e Dra. Ana Carolina Peuker.

A intervenção terá duração aproximada de seis meses, na qual estão previstos dois encontros presenciais em grupo, com duração de cerca de 1h cada um, distribuídos semanalmente. Sua participação também envolverá o preenchimento de questionários sobre comportamentos em saúde, de forma online, em três ocasiões distintas. O tempo estimado para preenchimento dos questionários em cada ocasião é de 20min.

Os dados de todos os participantes da pesquisa são confidenciais e em nenhum momento serão divulgados individualmente. Os dados serão armazenados no Grupo de estudos avançados em Psicologia da Saúde, do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Unisinos pelo período de cinco anos. É possível que os resultados da pesquisa sejam divulgados em eventos e publicações científicas, no entanto, os resultados serão sempre apresentados de maneira geral, sem identificações.

É importante destacar que sua participação na pesquisa é voluntária, sendo você livre para decidir sobre participar e podendo se retirar a qualquer momento, sem prejuízos. Os riscos de sua participação serão mínimos, mas caso ao longo da pesquisa sinta algum desconforto físico ou emocional, você receberá todo o apoio médico e/ou psicológico necessário, bastando entrar em contato com a pesquisadora responsável.

Para quaisquer esclarecimentos, você poderá contatar a pesquisadora, Gerusa Pires, pelo e-mail gerusapires@gmail.com ou as Coordenadoras da pesquisa Dra. Elisa Kern de Castro e Dra. Ana Carolina Peuker, pelo fone (51) 3591-1122, ramal 1259.

Caso aceite participar, mesmo não tendo benefícios diretos, os resultados da pesquisa proporcionarão um maior conhecimento sobre hipertensão e qualidade de vida, além de oferecer subsídios para novas intervenções psicológicas com pessoas que também possuem essa doença.

Este termo será assinado em duas vias, ficando uma em poder do participante e a outra com a pesquisadora responsável.

Data: ____/____/____.

 Gerusa Pires - Pesquisadora Responsável

CEP - UNISINOS
 VERSÃO APROVADA
 Em: 21.12.15

 Participante da pesquisa (nome)

 Assinatura do participante

Apêndice H - Folder

DICAS PARA GERENCIAR O ESTRESSE

01. Gerencie seu tempo dando prioridade às tarefas mais importantes e não adiando as tarefas desagradáveis, pois evitá-las poderá causar um alto nível de estresse
02. Adote um estilo de vida saudável
03. Evite álcool, nicotina e cafeína como mecanismos de enfrentamento
04. Conheça suas limitações e não cobre tanto de si mesmo
05. Descubra o que causa seu estresse e tente reduzi-lo mudando seus pensamentos e comportamentos frente às situações
06. Evite conflitos desnecessários
07. Aceite as coisas que você não pode mudar
08. Tire um tempo para relaxar e recarregar suas energias
09. Reserve momentos para encontrar seus amigos
10. Tente encarar as situações de forma diferente, desenvolva um estilo de pensamento positivo

HIPERTENSÃO ARTERIAL

> 18 ANOS

Classificação	Pressão Sistólica	Pressão Diastólica
Ótima	<120	<80
Normal	<130	<85
Limitrofe	130-139	85-89
Hipertensão		
Estágio 1 (leve)	140-159	90-99
Estágio 2 (moderada)	160-179	100-109
Estágio 3 (grave)	>180	>110

"A VIDA SAUDÁVEL É O MELHOR REMÉDIO PARA HIPERTENSÃO"

Realização:
GEAPSA

UNINHOVA

Apoio:
BEE TOUCH

O QUE É HIPERTENSÃO?

Hipertensão arterial acontece quando a nossa pressão está acima do limite considerado normal, que, na média, é máxima em 120 e mínima em 80 milímetros de mercúrio, ou simplesmente 12 por 8. Valores inferiores a 14 por 9 podem ser considerados normais a critério do médico.

SINAIS E SINTOMAS

A Hipertensão é uma doença crônica, que na maior parte do tempo não apresenta sintomas, devendo ser tratada durante toda a vida. Quando apresenta sintomas, esses podem ser os seguintes:

- Dor de Cabeça
- Tonturas
- Cansaço
- Enjôos
- Falta de Ar
- Sangramentos Nasais
- Dor na Nuca (Pescoço)

10 MANDAMENTOS PARA CONTROLAR A PRESSÃO ARTERIAL

01. Meça a pressão ao menos uma vez por ano
02. Pratique atividades físicas todos os dias
03. Mantenha o peso ideal, evite a obesidade
04. Adote uma alimentação saudável: pouco sal, sem frituras, com várias frutas, verduras e legumes
05. Reduza o consumo de álcool, se possível, não beba
06. Abandone o cigarro
07. Nunca pare o tratamento, é para toda a vida
08. Siga as orientações do seu médico ou profissional de saúde
09. Evite o estresse, tenha tempo para a família, amigos e lazer
10. Ame e seja amado

CAUSAS

Hereditariedade

Obesidade

Estresse elevado

Excesso de sal

Má alimentação

PRINCIPAIS CONSEQUÊNCIAS

Se não for tratada, a Hipertensão Arterial poderá causar doenças cardíacas, derrame (AVC) ou doença renal crônica, mas sendo tratada corretamente, você poderá manter sua rotina de vida normalmente.

Referências: Ministério da Saúde

Apêndice I - Certificado

CERTIFICADO

Certificamos a participação na Intervenção psicoeducativa sobre Cognição, Comportamento e Aspectos Clínicos da Hipertensão Arterial Sistêmica, parte do projeto intitulado "Intervenção psicoeducativa para prevenção e controle da Hipertensão Arterial", tornando-se MULTIPLICADOR (A) dos conhecimentos adquiridos.

Porto Alegre, de _____ de 2016.


Dra. Ana Carolina Peuker
Coordenadora do Projeto
Psicóloga

Apêndice J - Quiz Saúde

Hipertensão

1. Devo ter cuidados com a Hipertensão somente quando sentir dor de cabeça repentina

Verdadeiro Falso

2. A Hipertensão não tem cura

Verdadeiro Falso

3. Ter conhecimento sobre a Hipertensão e seus devidos cuidados é importante para controlar a doença

Verdadeiro Falso

4. O principal fator para a Hipertensão é a hereditariedade

Verdadeiro Falso

5. Quando não tratada a Hipertensão pode causar outras doenças

Verdadeiro Falso

6. Deve-se iniciar o tratamento ao constatar que a pressão está alterada

Verdadeiro Falso

7. Para controlar a Hipertensão, basta que eu tome corretamente a medicação recomendada pelo médico

Verdadeiro Falso

8. O sedentarismo não representa uma ameaça contra prevenção da Hipertensão

Verdadeiro Falso

9. Na alimentação, o sal é o grande inimigo da Hipertensão

Verdadeiro Falso

10. Uma alimentação rica em frutas e legumes pode prejudicar o controle da Hipertensão

Verdadeiro Falso

11. O que eu sinto influencia na elevação da pressão arterial

Verdadeiro Falso