



Ciência & Saúde Coletiva

ISSN: 1413-8123

cecilia@claves.fiocruz.br

Associação Brasileira de Pós-Graduação
em Saúde Coletiva
Brasil

Braga Porto, Denilson; Aires de Arruda, Gustavo; Altimari, Leandro Ricardo; Gomes
Cardoso Júnior, Crivaldo

Autopercepção de saúde em trabalhadores de um Hospital Universitário e sua associação
com indicadores de adiposidade, pressão arterial e prática de atividade física

Ciência & Saúde Coletiva, vol. 21, núm. 4, abril, 2016, pp. 1113-1122

Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva

Rio de Janeiro, Brasil

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=63044891013>

- Como citar este artigo
- Número completo
- Mais artigos
- Home da revista no Redalyc

redalyc.org

Sistema de Informação Científica

Rede de Revistas Científicas da América Latina, Caribe, Espanha e Portugal

Projeto acadêmico sem fins lucrativos desenvolvido no âmbito da iniciativa Acesso Aberto

Autopercepção de saúde em trabalhadores de um Hospital Universitário e sua associação com indicadores de adiposidade, pressão arterial e prática de atividade física

Self-perceived health among workers at a University Hospital and associations with indicators of adiposity, arterial blood pressure and physical activity habits

Denilson Braga Porto ¹
Gustavo Aires de Arruda ¹
Leandro Ricardo Altimari ¹
Crivaldo Gomes Cardoso Júnior ¹

Abstract *It has been shown that self-perceived health has a close relationship with indicators of morbidity and mortality. Since there is a lack of information on the self-perceived health status of hospital workers, the objective of this study was to determine the prevalence of satisfaction with health among people working at a University Hospital (UH) and its associations with indicators of adiposity, arterial blood pressure (BP) and physical activity (PA). A total of 380 adults took part in the study, with ages ranging from 20 to 59 and a mean age of 43.92 (SD = 8.46) years. Self-perceived health was assessed using a question from the “WHOQOL-bref” questionnaire. Overall satisfaction with health was 60.8%, and women reported lower satisfaction than men. An analysis adjusted for sex showed that having a healthy BMI was associated with the highest rate of satisfaction with health (PR = 1.478 [95%CI: 1.272 – 1.717]), followed by WC (PR = 1.323 [95%CI: 1.135 – 1.541]). Neither BP nor PA were associated with self-perceived health. It was concluded that the UH workers are aware of risks to their health, but that they do not recognize the importance of maintaining healthy blood pressure or of engaging in regular PA in order to delay onset of chronic conditions that could be harmful to them.*

Keywords *Self-perceived health, Risk factors, Abdominal obesity, Physical activity*

Resumo *A autopercepção de saúde tem demonstrado estreita relação com indicadores de morbidade e mortalidade. Em funcionários de hospitais existe uma escassez acerca destas informações, por isso o objetivo deste estudo foi verificar a prevalência de satisfação com a saúde em trabalhadores de um Hospital Universitário (HU) e sua associação com indicadores de adiposidade, pressão arterial (PA) e de atividade física (AF). Participaram do estudo 380 adultos entre 20 e 59 anos com idade média de 43,92 (DP = 8,46) anos. A autopercepção de saúde foi avaliada mediante uma questão extraída do questionário “WHOQOL-bref”. A satisfação com a saúde foi de 60,8%, e as mulheres declararam estar menos satisfeitas. A análise ajustada pelo sexo indicou que apresentar IMC eutrófico se associou com a maior ocorrência de satisfação com a saúde (RP = 1,478 [IC 95%: 1,272 – 1,717]) seguido pela CC (RP = 1,323 [IC 95%: 1,135 – 1,541]). A PA e a AF não se associaram à autopercepção de saúde. Conclui-se que os trabalhadores do HU reconhecem os riscos à sua saúde, todavia negligenciam a importância de manter valores pressóricos adequados e ter uma prática regular de AF com o intuito de postergar o surgimento de alguma condição crônica que seja maléfica ao organismo.*

Palavras-chave *Autopercepção de saúde, Fatores de risco, Obesidade abdominal, Atividade física*

¹ Secretaria de Pós-Graduação, Centro de Educação Física e Esporte, Universidade Estadual de Londrina. Rodovia Celso Garcia Cid Pr 445/km 380, Campus Universitário. 86057-970 Londrina PR Brasil. dbporto@hotmail.com

Introdução

O profissional de saúde vivencia em seu cotidiano, por meio de experiências oriundas de sua função, a celeridade da progressão das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), uma vez que lida com pacientes com diferentes graus de comprometimento orgânico. Desse modo, as percepções formadas no processo saúde/doença passam a ser decorrentes das experiências adquiridas e mediadas pelo contexto social, cultural e histórico vivenciados, possibilitando, com isto, que o profissional de saúde crie julgamentos e interpretações acerca do seu próprio bem-estar físico e emocional¹.

Considerando a experiência vivenciada, o importante levantamento realizado pelo Ministério da Saúde em 2006, nas 26 capitais brasileiras e no Distrito Federal, verificou que a presença de uma DCNT acentua em quase cinco vezes a proporção de indivíduos que autoavaliam sua saúde como ruim. Já entre aqueles que relataram uma agregação maior (duas ou mais DCNT), a razão de chances foi 28 vezes maior², todavia, esses resultados precisam ser interpretados à luz dos fatores intervenientes da autopercepção de saúde.

Nesse sentido, diferenças econômicas, sociais, comportamentais e, sobretudo, quanto ao grau de instrução/escolaridade parecem intervir nos padrões de autopercepção de saúde entre os indivíduos³⁻⁵.

Em especial, tem sido descrita uma associação positiva e significativa entre o baixo grau de instrução/escolaridade com o aumento na prevalência de relatos de autopercepção de saúde desfavorável, bem como com o aumento na propensão de morbidade e mortalidade^{2,6}.

Desse modo, é presumível que dentre os profissionais da área da saúde, esse desfecho fique menos acentuado, em razão destes indivíduos, normalmente terem maiores informações acerca das DCNT e serem mais sensíveis às modificações orgânicas por elas desencadeadas, agindo preventivamente ao surgimento/avanço destas doenças, sobretudo por elas se manifestarem de forma assintomática.

É importante salientar que indivíduos não satisfeitos com sua saúde podem utilizar serviços médicos com maior frequência e ter maior absentismo laboral⁷, apresentar maior número de doenças crônicas^{2,3}, bem como possuir um risco aumentado de mortalidade^{8,9}, em comparação com aqueles que apresentam autopercepção de saúde satisfatória^{2,7-9}.

Desse modo, obter informações sobre a autopercepção de saúde de trabalhadores de uma uni-

dade hospitalar pode contribuir para que medidas preventivas sejam adotadas, evitando o agravamento de algumas doenças, sobretudo aquelas com características crônico degenerativas. Assim, o objetivo da presente investigação científica foi verificar a prevalência de satisfação com a saúde em trabalhadores de um Hospital Universitário (HU) e sua associação com indicadores de adiposidade, pressão arterial (PA) e da prática de atividade física (AF).

Materiais e métodos

Amostra

O estudo foi realizado no HU de Londrina/PR, órgão suplementar da Universidade Estadual de Londrina (UEL), e identifica-se como uma pesquisa descritiva, de delineamento transversal, sendo que a base populacional foi constituída por servidores efetivos, atuantes em diferentes funções e que no momento do estudo estavam lotados no HU.

Para obtenção do quantitativo real de servidores solicitou-se à Divisão de Recursos Humanos o fornecimento de uma listagem contendo a totalidade, bem como a estratificação por diretorias do número de servidores lotados no hospital. Verificou-se mediante o fornecimento da listagem que estavam lotados no HU 1.460 servidores, estratificados da seguinte forma: Diretoria de Enfermagem-DE ($n = 695$); Diretoria Clínica-DC ($n = 384$); Diretoria Administrativa-DA ($n = 320$) e Diretoria Superintendente-DS ($n = 61$). Não foram considerados na somatória dos servidores, aqueles que estavam lotados no Ambulatório de Especialidades do Hospital de Clínicas (AEHC) da UEL, uma vez que optou-se pelo desenvolvimento do estudo apenas no HU.

Para estimativa do número mínimo de sujeitos a serem entrevistados considerou-se uma prevalência de insatisfação com a saúde de 25%¹⁰, um erro amostral de 4%, e um nível de confiança de 95%, totalizando 344 servidores, contudo visando prevenir eventuais perdas amostrais foi adicionada uma proporção de 10%. Desse modo, deveria haver no mínimo 378 participantes no estudo, mas ressalta-se que as coletas encerraram-se com a participação de 380 sujeitos adultos de ambos os sexos, selecionados aleatoriamente nos diversos setores do hospital.

Utilizou-se o recrutamento por voluntariado levando-se em consideração a totalidade dos servidores lotados por diretoria, sendo que as entre-

vistas ocorreram diariamente nos três períodos do dia (manhã, tarde e noite), no próprio local de atuação do servidor.

Para auxiliar na divulgação do estudo conseguiu-se um espaço na *home page* do hospital, convidando os servidores a participar da investigação. Foram desconsiderados todos servidores que eventualmente estivessem cedidos a outras instituições, ou usufruindo de benefícios relacionados a afastamento temporário para aperfeiçoamento/capacitação, ou outro tipo de licença, inclusive a sem vencimento.

O estudo seguiu os padrões exigidos pela Declaração de Helsinque e foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UEL. Previamente ao início das entrevistas, todos os sujeitos que aceitaram participar do estudo, leram e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Aspecto Educacional e Econômico

Informações relacionadas ao grau de instrução e posse de itens dos respondentes foram investigadas mediante a aplicação do questionário da Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa (ABEP), vigente em 2008. Utilizou-se a pontuação estabelecida pelo instrumento para distribuir os sujeitos por classes econômicas¹¹.

Autopercepção de Saúde

Foi utilizada a questão “Quão satisfeito(a) você está com a sua saúde?” para conhecer a autopercepção dos sujeitos no que se refere a satisfação com sua saúde. Esta questão foi extraída do questionário de avaliação da qualidade de vida “WHOQOL-bref”, desenvolvido internacionalmente em 1998 e aplicado no Brasil por Fleck et al.¹². Esta questão tem cinco opções de resposta, mas neste estudo elas foram dicotomizadas da seguinte forma: i) satisfeito (satisfeito e muito satisfeito); ii) não satisfeito (muito insatisfeito, insatisfeito e nem satisfeito/nem insatisfeito) por não fazerem referência a uma percepção positiva do status de saúde.

Indicadores de Adiposidade e Pressão Arterial

Foram obtidas dos participantes medidas de massa corporal, estatura, circunferência de cintura e quadril, além dos valores de pressão arterial sistólica e diastólica.

Massa corporal

A massa corporal foi obtida por meio de uma balança digital marca Plenna com display de cristal líquido (5 x 2,5cm), funcionamento à bateria de lítio, precisão de 100g e capacidade para até 150kg. Todos os indivíduos foram orientados a utilizar roupas leves, estarem descalços, em posição ereta, pés juntos e braços posicionados ao longo do corpo.

Estatura

A estatura foi obtida de forma autorreferida, em virtude dos questionários serem aplicados no local de trabalho dos servidores. Em estudos epidemiológicos realizados para o monitoramento da prevalência de excesso de peso na população, verificou-se que esta constitui-se numa informação confiável¹³.

A partir dessas medidas foi determinado o índice de massa corporal (IMC), o qual é calculado pelo quociente do peso (kg) pela estatura (m) ao quadrado. Estas informações foram analisadas mediante os pontos de corte preconizados pela Organização Mundial da Saúde, desse modo os sujeitos cujo IMC foi de 18,5 - 24,9 kg/m² foram classificados como eutróficos, já aqueles com o IMC entre 25,0 - 29,9 kg/m² como em sobrepeso e IMC \geq 30,0 kg/m² como obesos¹⁴. De modo semelhante as demais variáveis independentes deste estudo o IMC foi analisado de forma dicotômica, ou seja, eutróficos e sobrepeso/obesidade.

Circunferência de cintura

A circunferência de cintura (CC) foi obtida com uma fita métrica em fibra de vidro, inextensível, da marca Cardiomed, com 200 cm de comprimento, e precisão de 0,1 cm. A medida foi obtida na linha média entre a crista ilíaca e a última costela e os pontos de corte para interpretação obedeceram aos estabelecidos pelo *National Institutes of Health - NHLBI*¹⁵, sendo que para homens foi considerado “baixo risco” quando a circunferência foi $<$ 94,0 cm e “risco moderado/elevado” quando foi \geq 94,0 cm, enquanto para as mulheres $<$ 80,0 cm “baixo risco” e \geq 80,0 cm “risco moderado/elevado”.

Circunferência de quadril

A circunferência do quadril (CQ) foi obtida colocando-se uma fita métrica em fibra de vidro, inextensível, ao redor da região do quadril, na

área de maior protuberância, sem comprimir a pele. Com base nos valores da CC e CQ, calculou-se a razão cintura-quadril (RCQ), com adoção dos pontos de corte de “normalidade” de até 0,95 cm para homens e 0,85 cm para mulheres¹⁶.

Pressão arterial

Os valores pressóricos foram verificados com o monitor de pressão arterial automático da marca OMRON modelo HEM-742INT, com leitura digital, que tem faixa de medição de 0 à 299 mmHg. Os procedimentos para a mensuração, bem como a posterior classificação seguiram as recomendações da *American Heart Association*¹⁷. Para análise dos valores da pressão arterial (PA) adotou-se os seguintes pontos de corte: i) Pressão arterial sistólica (PAS) ≤ 120 mmHg e Pressão arterial diastólica (PAD) ≤ 80 mmHg “ótima”; e PAS > 120 mmHg e PAD > 80 mmHg “não ótima”. Além disso, indivíduos que se autodeclararam hipertensos por estarem fazendo uso regular de medicação anti-hipertensiva também foram classificados como PA “não ótima”. Quando as pressões sistólica e diastólica situaram-se em categorias diferentes, a maior foi utilizada para classificação da pressão arterial, neste caso como “não ótima”.

Todas as medidas antropométricas e a aplicação dos questionários foram realizadas por dois pesquisadores com experiência nesse tipo de investigação. Os procedimentos foram padronizados da seguinte forma: (i) contato com as chefias dos setores solicitando a permissão para coleta das informações; (ii) escolha de um local apropriado para preenchimento do questionário e consequentemente da coleta das medidas antropométricas; (iii) leitura e assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido; (iv) obtenção de todas as respostas do questionário; (v) mensuração das variáveis (massa corporal, circunferência de cintura e quadril, além da medida de pressão arterial).

Prática de Atividade Física

Para identificar a prática de atividade física (AF) da amostra optou-se pela utilização do Questionário Internacional de Atividade Física (IPAQ), versão curta, tendo como referência a última semana¹⁸. As quatro questões do instrumento buscam prover informações quanto à frequência (dias/semana) e à duração (minutos/dia) na execução de caminhadas e de atividades cotidianas que exijam esforços físicos de intensi-

dades moderada e vigorosa, além do tempo (minutos/dia) despendido em atividades realizadas em posição sentada. Todas as categorias foram analisadas envolvendo quatro dimensões: no trabalho, no deslocamento, na ocupação do tempo livre (lazer) e nas atividades domésticas.

Para categorização da prática de atividade física recorreu-se ao consenso proposto por Matsudo et al.¹⁹ considerando-se três estratos: muito ativo, ativo e irregularmente ativo, assim compreendidos: *Muito-ativo*: ≥ 5 dias/semana e ≥ 30 minutos/sessão de atividades vigorosas; e/ou ≥ 3 dias/semana e ≥ 20 minutos/sessão de atividades vigorosas somadas a atividades moderadas e/ou caminhadas ≥ 5 dias/semana e 30 minutos/sessão; *Ativo*: ≥ 3 dias/semana e ≥ 20 minutos/sessão de atividades vigorosas; ou ≥ 5 dias/semana e ≥ 30 minutos/sessão de atividades moderadas ou caminhadas; ou qualquer atividade que somadas seja ≥ 5 dias/semana e ≥ 150 minutos/semana (caminhada + moderada + vigorosa); *Irregularmente ativo*: aquele que realiza atividade física, porém insuficiente para ser classificado como ativo, visto que não cumpre as recomendações quanto à frequência ou duração. Os estratos foram dicotomizados em: i) ≥ 150 minutos/semana (Ativo) e < 150 minutos/semana (Irregularmente ativo).

Análise estatística

O Teste de Kolmogorov-Smirnov foi utilizado para verificação da normalidade dos dados. Estatística descritiva foi empregada na análise das informações. Distribuição de frequências foi empregada para classificar os servidores do hospital no que se refere às informações relacionadas ao local de trabalho, escolaridade, classificação econômica e autopercepção de saúde. Para a caracterização da amostra foi utilizada a média e o desvio-padrão. O Teste “t” de *Student* independente foi utilizado para comparação da idade e características antropométricas entre os sexos. As variáveis categóricas foram analisadas mediante recursos de estatística não paramétrica utilizando-se do Teste de Qui-quadrado (χ^2) para verificar as associações entre a variável dependente “autopercepção de saúde” e as variáveis independentes. A significância estatística foi previamente estipulada em valores iguais ou inferiores a 5%. A regressão de Poisson com ajuste robusto de variância (expressa como razão de prevalência [RP] e seu respectivo intervalo de confiança de 95% [IC95%]) foi utilizada para análises ajustadas pelas variáveis que apresentaram valores de $p < 0,20$

no teste de χ^2 . Os dados foram analisados por intermédio do pacote computadorizado *Statistical Package for the Social Science* (SPSS), versão 20.0.

Resultados

Este estudo analisou informações de 380 adultos entre 20 e 59 anos, com idade média de 43,92 (DP = 8,46) anos, estatura de 1,64 m (DP = 0,09), massa corporal de 73,27 kg (DP = 13,99), sendo composto por 65,3% de mulheres. Ressalta-se que em todas as diretorias, com exceção da DC, entrevistou-se um número superior de servidores ao estabelecido inicialmente nos cálculos amostrais.

Informação relevante da presente investigação foi a elevada proporção daqueles que relataram estar satisfeitos ou muito satisfeitos com sua saúde totalizando 60,8% da amostra. Com relação aos indicadores educacionais nota-se que a maioria dos entrevistados, 91,8%, possuía o ensino médio ou superior. Já para classe econômica, percebe-se que a grande maioria dos servidores encontrava-se no estrato B. A seguir são disponibilizadas na Tabela 1 as características gerais da amostra.

A associação da autopercepção de saúde com o sexo, indicadores de adiposidade, pressão arterial e da prática de atividade física são demonstradas na Tabela 2.

Observa-se que foram encontradas associações entre a autopercepção de saúde com o sexo e os indicadores de adiposidade, sendo que o IMC foi a variável que apresentou maior magnitude, de acordo com a Regressão de Poisson. Já a PA e a prática de AF não se associaram de modo significativo à autopercepção de saúde.

Discussão

O presente estudo analisou a associação da autopercepção de saúde com o sexo indicadores de adiposidade, pressão arterial e de prática de AF em 380 trabalhadores do Hospital Universitário (HU) de Londrina/PR, no qual os principais achados foram: i) quase metade das mulheres e um quarto dos homens não estão satisfeitos com sua saúde; ii) as maiores proporções de não satisfação com a saúde ocorreram nos estratos mais elevados dos indicadores de adiposidade, sendo por ordem de relevância IMC, CC, e RCQ; iii) a autopercepção de saúde não demonstrou associação com a PA e a prática de AF; iv) existe alta

Tabela 1. Características gerais da amostra.

Variáveis	n	%
Sexo		
Homens	132	34,7
Mulheres	248	65,3
Autopercepção de saúde		
Satisfeito	231	60,8
Não satisfeito	149	39,2
Local de trabalho		
Diretoria enfermagem	186	48,9
Diretoria clínica	73	19,2
Diretoria administrativa	102	26,8
Diretoria superintendente	19	5,0
Escolaridade do entrevistado		
≤ 8 anos de estudo	31	8,1
9 a 11 anos de estudo	209	55,0
≥ 12 anos de estudo	140	36,8
Classificação econômica (ABEP)		
A (maior poder de compra)	52	13,7
B	255	67,0
C	72	19,0
D	1	0,3
Índice de Massa Corporal (IMC)		
Eutróficos	137	36,1
Sobrepeso/obesos	243	63,9
Circunferência de Cintura (CC)		
Baixo risco	111	29,2
Risco moderado/elevado	269	70,8
Razão Cintura-Quadril (RCQ)		
Normal	214	56,3
Aumentada	166	43,7
Pressão Arterial (PA)		
Ótima	213	56,1
Não ótima	167	43,9
Prática de Atividade Física (IPAQ)		
Ativo	134	35,3
Irregularmente ativo	246	64,7

Trabalhadores do Hospital Universitário de Londrina, ano de 2010.

prevalência de inatividade física entre os trabalhadores.

Ao nosso conhecimento, esta é a primeira investigação realizada no município de Londrina/PR com trabalhadores da área da saúde, que teve como intuito verificar a prevalência de satisfação com a saúde em trabalhadores do Hospital Universitário (HU). É importante destacar que obteve-se uma amostra representativa da população de 1460 servidores, e não houve nenhuma recusa em participar do estudo.

Como pode ser observado na Tabela 1, existe um pequeno percentual de trabalhadores que

Tabela 2. Associação da autopercepção de saúde com o sexo, indicadores de adiposidade, pressão arterial e da prática de atividade física.

Variáveis	Autopercepção de Saúde		
	Satisfeito (%)	RP Bruto (IC95%)	RP Ajustada (IC95%)
Sexo			
Mulher	53,2	Ref.	Ref.*
Homem	75,0	1,409 (1,210 – 1,642)	1,461 (1,258 – 1,696)
p [‡]	<0,001		
IMC			
Sobrepeso/obesidade	52,7	Ref.	Ref.†
Eutrófico	75,2	1,427 (1,225 – 1,664)	1,478 (1,272 – 1,717)
p [‡]	<0,001		
Circunferência de Cintura			
Risco moderado/elevado	54,3	Ref.	Ref.†
Baixo risco	76,6	1,411 (1,214 – 1,640)	1,323 (1,135 – 1,541)
p [‡]	<0,001		
Relação Cintura/Quadril			
Elevada	54,2	Ref.	Ref.†
Normal	65,9	1,215 (1,025 – 1,440)	1,190 (1,008 – 1,405)
p [‡]	0,021		
Pressão Arterial			
Não ótima	59,9	Ref.	-
Ótima	61,5	1,027 (0,872 – 1,209)	-
p [‡]	0,748		
Prática de Atividade Física			
Irregularmente ativo	60,2	Ref.	-
Ativo fisicamente	61,9	1,030 (0,871 – 1,217)	-
p [‡]	0,735		

Trabalhadores do Hospital Universitário de Londrina, ano de 2010. *Ajustado pela classificação do IMC; † Ajustado pelo sexo; ‡ Valor de p obtido pelo teste de Qui-quadrado de Pearson; RP: Razão de prevalência.

ainda possuem escolaridade ≤ 8 anos de estudo, provavelmente porque a maioria das funções do novo perfil profissiográfico do cargo de agente universitário exige no mínimo o ensino médio completo ou graduação. Nesse sentido, alguns estudos têm demonstrado que a autopercepção de não satisfação com a saúde é maior entre as pessoas menos escolarizadas, mais pobres e mais velhas, independentemente do sexo²⁰. Outras investigações também encontraram associação inversa entre escolaridade e relato de doenças crônicas, verificando uma prevalência de DCNT 62% maior no segmento de menor escolaridade da população adulta².

No presente estudo foi considerado o grau de instrução do avaliado, e não do chefe da família, visto que pretendia-se apenas de caracterizar a amostra. Nota-se que a grande maioria dos trabalhadores possuía o ensino médio, mas uma

boa parte 36,8% já havia ingressado no ensino superior.

Informações nutricionais foram produzidas por intermédio do IMC, verificando-se que aproximadamente 64,0% dos trabalhadores entrevistados apresentaram sobrepeso/obesidade, proporção esta superior às encontradas em uma população adulta residente na zona urbana na cidade de Pelotas/RS (53,0%)²¹. O sobrepeso/obesidade tem sido associado à maior deposição de gordura abdominal, que por sua vez aumenta as possibilidades do surgimento de diversas doenças crônicas, como hipertensão, hiperlipidemias, cálculos biliares, diabetes do tipo II, e alguns tipos de câncer²².

No presente estudo, apresentar IMC eutrófico se associou de modo significativo com uma maior ocorrência de satisfação com a saúde RP = 1,478 (IC 95%: 1,272 – 1,717).

Em um estudo realizado com 2.022 adultos Catarinenses verificou-se que a menor proporção de autoavaliação positiva da saúde foi encontrada no estrato das mulheres, sobretudo aquelas classificadas com sobrepeso, obesas e com circunferência de cintura elevada²⁰. Tais achados corroboram com as informações obtidas no presente estudo, todavia, destaca-se que os pontos de corte adotados pelos autores para CC foram maiores do que os desta investigação, razão pela qual, estas informações devem ser interpretadas com cautela. Chama atenção o fato de que as mulheres do presente estudo estão mais suscetíveis a apresentar maior ocorrência de disfunções metabólicas e isso pode ser explicado, pelo menos em parte, pela maior proporção de acúmulo de gordura na região central. Por outro lado, aqueles trabalhadores que apresentaram uma CC classificada como baixo risco demonstraram estar mais satisfeitos com a sua saúde RP = 1,323 (IC 95%: 1,135 – 1,541).

A medida da CC é um indicador de risco metabólico amplamente disseminado por diferentes entidades internacionais¹⁵ e nacionais²³. A presença de excesso gordura no abdômen é um preditor independente de fatores de risco e morbidade, visto que ela é correlacionada positivamente com o teor de gordura abdominal, que por sua vez pode propiciar o surgimento de problemas cardiovasculares¹⁵.

No estudo de Mota et al.²⁴, que avaliou 273 indivíduos de ambos os sexos, com idade média de 53 anos no município de Botucatu/SP, a CC foi a variável que exerceu maior influência sobre as anormalidades metabólicas estudadas. Os indivíduos que estavam com a medida da CC alterada ou muito alterada apresentaram concentrações de glicose jejum ($p < 0,05$), triacilglicerol ($p < 0,0001$), colesterol total ($p < 0,05$), nHDL colesterol ($p < 0,001$) e LDL-c ($p < 0,05$) maiores do que aqueles classificados com circunferência normal e concentrações de HDL-c menor ($p < 0,001$).

De modo geral, 39,2% dos trabalhadores do hospital não estão satisfeitos com sua saúde. A auto percepção de saúde apresentou associação com o sexo RP = 1,461 (IC 95%: 1,258 – 1,696), constatando-se que uma maior proporção de mulheres relatou não estar satisfeitas quando comparadas aos homens, fato que também foi observado por Barros et al.²⁵ em todas capitais brasileiras, quando analisou informações do relatório “VIGITEL”, e nos estudos de Reichert et al.³ e de Nery Guimarães et al.⁹. Isto pode sugerir que as mulheres estejam mais atentas ao seu real estado de saúde, o que produziu informações

mais coerentes com os indicadores de adiposidade encontrados, sendo que o IMC parece ser o principal responsável, porque foi o que apresentou maior magnitude de associação com a auto percepção de saúde.

As porcentagens de autoavaliações da saúde ruim e muito ruim crescem acentuadamente com o avanço da idade cronológica, quanto menor for a escolaridade e quanto maior for o número de doenças referidas, tanto para homens como para mulheres. Embora as mulheres declarem estar menos satisfeitas com sua saúde, os valores de RP na presença de duas ou mais morbidades são mais elevadas entre os homens^{2,25}. Parece que os homens percebem sua saúde pior que as mulheres na presença de DCNT.

Notadamente com o envelhecimento orgânico ocorre um aumento na frequência de autorelato da saúde como ruim ou muito ruim quando comparado a pessoas com idades mais jovens. Em um estudo realizado na Polônia, apenas 4% dos homens e 10% das mulheres com idade abaixo de 25 anos autoavaliaram sua saúde como ruim ou muito ruim, enquanto que na categoria de 45 a 54 anos essa proporção aumentou para mais de 40%²⁶.

No que se refere à amostra da presente investigação quase a metade foi oriunda da Diretoria de Enfermagem (48,9%) e destes 86,0% foi composta por mulheres. O estilo de vida de profissionais da área da saúde tem sido acompanhado há décadas²⁷, talvez pela peculiaridade da função que exercem.

Com o objetivo de elaborar um modelo para compreender o impacto de diversos fatores de risco em determinadas causas de mortalidade, um estudo de coorte intitulado *The Nurse's Health Study*, com início em 1976, foi conduzido no Estado de Massachusetts nos Estados Unidos. A cada dois anos foram enviados questionários às enfermeiras com questões sobre estilo de vida e comportamentos de risco à saúde, e posteriormente foram introduzidas perguntas sobre hábitos alimentares e prática de atividade física. Informações completas sobre 50.112 participantes foram computadas a partir de 1986 e analisadas até 2004. Nesse período ocorreram 4.893 óbitos, sendo 1.026 por doença cardiovascular (coronariopatias, doença cerebrovascular, etc.). A pressão arterial sistólica (PAS) foi positivamente associada ao aumento no risco de morte por essa doença, elevando a incidência (Hazard Ratio-HR) de 1,25 (IC 95% = 1,06 - 1,48) quando a PAS encontra-se até 139 mmHg para 2,58 (IC 95% = 1,91 - 3,49) quando esta é ≥ 160 mmHg²⁷.

Corroborando com essas informações, Nery Guimarães et al.⁹ verificaram que as doenças do aparelho circulatório foram as principais responsáveis pelas causas de óbitos (30%) em uma coorte com 10 anos de acompanhamento realizada em funcionários de uma universidade pública do Estado do Rio de Janeiro.

No estudo realizado por Peres et al.²⁰ verificou-se que quando os valores pressóricos estavam elevados foram observadas menores proporções de sujeitos que autoavaliaram sua saúde como positiva, mas no presente estudo esta associação não foi encontrada. Possivelmente isto ocorreu no estudo citado porque os pontos de corte adotados para classificação da PA elevada foram superiores aos desta investigação, o que pode ter propiciado naquela amostra a presença de alterações hemodinâmicas e vasculares sintomáticas interferindo no modo como eles percebem sua saúde.

Já na presente investigação, apesar de não ser encontrada associação entre a autopercepção de saúde e PA 60,8% dos trabalhadores declararam estar satisfeitos com sua saúde, mesmo apresentando valores de pressão não ótima.

A autopercepção de saúde também não apresentou associação com a prática da AF ($p = 0,735$), mas sabe-se que a prática cotidiana da AF de intensidade moderada é inversamente associada ao risco de morte por diversas causas HR = 0,76 (IC 95% = 0,66 -0,86)²⁷, logo parece salutar aumentar sua frequência para aprimorar seu efeito protetor e por sua vez melhorar a autoavaliação positiva do estado de saúde²⁸.

Em adultos, estudos realizados em outros países^{26,28} têm demonstrado existir uma associação direta e independente entre a prática de atividade física e uma melhor autopercepção de saúde.

Na Europa informações disponibilizadas pelo governo Sueco com base no sensu de 1999 em uma amostra de $n = 3.756$ pessoas com idades entre 25 a 64 anos verificou-se que apenas 4,3% da amostra foi constituída por sujeitos inativos fisicamente, considerando a AF em todos os seus domínios. O exercício físico (EF) e a AF foram independentemente associados ao relato de boa autopercepção de saúde, além disso, as chances de melhorar a autopercepção aumentam aproximadamente três vezes OR = 3,04 (IC 95% = 2,10 - 4,39) com a prática regular do EF e da AF total quando esta é ≥ 6 horas por semana²⁸.

Já no Brasil informações disponibilizadas no último levantamento sobre a Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (Vigitel), a prática irre-

gular de AF é definida quando a somatória dos minutos dispendidos em atividades físicas no tempo livre, no deslocamento para o trabalho/escola e na atividade ocupacional, não alcançam o equivalente a 150 minutos semanais²⁹. Este também foi o ponto de corte adotado na presente investigação, todavia, ressalta-se que a prevalência de prática irregular de AF encontrada nos trabalhadores do HU foi superior a de João Pessoa (54,4%) capital brasileira com maior prevalência de prática irregular de AF, sendo 46,1% para os homens e 61,3% para as mulheres. Já os trabalhadores do HU apresentaram uma prevalência de 58,2% para os homens e 68,0% para as mulheres.

Ressaltamos que a pergunta utilizada para conhecer a autopercepção da saúde dos trabalhadores foi obtida de um instrumento recomendado pela Organização Mundial da Saúde, validado e aplicado no Brasil por Fleck et al.¹². Isso contribui para eventuais comparações entre as informações obtidas em outros países.

Apesar de ser uma informação simples a autopercepção de saúde tem demonstrado associação com a mortalidade. Pessoas que percebem ter uma saúde “ruim” apresentam de duas a três vezes mais risco de morrer se comparadas com aquelas que percebem sua saúde como “excelente”^{6,8,9}. Desse modo, as associações encontradas com fatores de risco à saúde reforçam a utilidade dessa informação.

Com relação às entrevistas, salienta-se que todas foram realizadas por apenas dois pesquisadores e que ocorreram no próprio local de atuação dos trabalhadores, visto que havia pessoas em diferentes funções e turnos de trabalho, mas isto não interferiu nas análises.

Uma limitação deste estudo é seu delineamento transversal, o qual não permite o estabelecimento de relações de causalidade entre as variáveis analisadas. Dessa maneira, parece aceitável indicar que futuros estudos analisem essas associações em delineamentos prospectivos.

Outro ponto a ser destacado é que apesar de serem realizados todos os esforços para que as entrevistas ocorressem de forma igualitária nos três turnos do dia (manhã, tarde e noite), a maior proporção dos entrevistados foi obtida do período diurno. Ressalta-se que os servidores do noturno trabalham por escala de revezamento e por algumas vezes combinava-se a entrevista para o plantão seguinte, contudo por desencontros de agendamento isto não ocorria.

Em suma, aproximadamente metade das mulheres e um quarto dos homens avaliados não estão satisfeitos com sua saúde. De forma geral,

as variáveis associadas à autopercepção da saúde foram aquelas relacionadas aos indicadores de adiposidade, com destaque para o IMC seguido pela CC. Outros fatores de risco como PA elevada e a prática irregular de AF não se associaram à autopercepção da saúde, apesar de apresentarem altas prevalências. Tais achados sugerem que os indivíduos reconhecem os riscos à sua saúde, sobretudo a partir dos indicadores morfológicos, todavia ignoram a importância de manter valores pressóricos adequados e de ter uma prática regular de AF com o intuito de postergar o surgimento de alguma condição crônica que seja

maléfica ao organismo, o que poderá influenciar na sua autopercepção da saúde.

Colaboradores

DB Porto e GA de Arruda trabalharam na concepção da ideia, obtenção e análise das informações, tratamento estatístico, interpretação dos dados e redação do artigo; LR Altimari e CG Cardoso Júnior na revisão crítica do artigo e na aprovação da versão encaminhada para publicação.

Referências

- Gilbert L. Social factors and self-assessed oral health in South Africa. *Community Dent Oral Epidemiol* 1994; 22(1):47-51.
- Barreto SM, Figueiredo RC. Doença crônica, auto-avaliação de saúde e comportamento de risco: diferença de gênero. *Rev Saude Publica* 2009; 43(Supl. 2):38-47.
- Reichert FF, Loch MR, Capilheira MF. Autopercepção de saúde em adolescentes, adultos e idosos. *Cien Saude Colet* 2012; 17(12):3353-3362.
- Jia Y, Gao J, Dai J, Zheng P, Wu X, Li G, Fu H. Difference of the associations between self-rated health and demographic characteristics, lifestyle, and psychosocial work environment between two types of Chinese worksite. *BMC Public Health* 2014; 14:851.
- Bak CK, Andersen PT, Dokkedal U. The association between social position and self-rated health in 10 deprived neighbourhoods. *BMC Public Health* 2015; 15:14.
- Prazeres F, Santiago L. Prevalence of multimorbidity in the adult population attending primary care in Portugal: a cross-sectional study. *BMJ Open* 2015; 5(9):1-10.
- Miilunpalo S, Vuori I, Oja P, Pasanen M, Urponen H. Self-rated health status as a health measure: the predictive value of self-reported health status on the use of physician services and on mortality in the working-age population. *J Clin Epidemiol* 1997; 50(5):517-528.
- DeSalvo KB, Bloser N, Reynolds K, He J, Muntner P. Mortality prediction with a single general self-rated health question. A meta-analysis. *J Gen Intern Med* 2006; 21(3):267-275.
- Nery Guimarães JM, Chor D, Werneck GL, Carvalho MS, Coeli CM, Lopes CS, Faerstein E. Association between self-rated health and mortality: 10 years follow-up to the Pró-Saúde cohort study. *BMC Public Health* 2012; 12:676.
- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). *Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio: acesso e utilização de serviços de saúde: 2003*. Rio de Janeiro: IBGE; 2005.
- Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa (ABEP) 2008. [acessado 2009 Jul 13]. Disponível em: <http://www.abep.org/novo/Content.aspx?ContentID=302>
- Fleck MPA, Louzada S, Xavier M, Chachamovich E, Vieira G, Santos L, Pinzon V. Aplicação da versão em português do instrumento abreviado de avaliação da qualidade de vida "WHOQOL-bref". *Rev Saude Publica* 2000; 34(2):178-183.
- Peixoto MRG, Benício MHD, Jardim PCBV. Validade do peso e da altura auto-referidos: o estudo de Goiânia. *Rev Saude Publica* 2006; 40(6):1065-1072.
- World Health Organization (WHO). *Obesity: preventing and managing the global epidemic: report of a WHO consultation*. Geneva: WHO; 2000. WHO technical report series 894.
- National Institutes of Health. National Heart, Lung, and Blood Institute (NHLBI). *Obesity education initiative expert panel on the identification, evaluation and treatment of overweight and obesity in adults: the evidence report* 1998. Bethesda: NHLBI; 1998.
- Pouliot MC, Després JP, Lemieux S, Moorjani S, Bouchard C, Tremblay A, Nadeau A, Lupien PJ. Waist circumference and abdominal sagittal diameter: best simple anthropometric indexes of abdominal visceral adipose tissue accumulation and related cardiovascular risk in men and women. *Am J Cardiol* 1994; 73(7):460-468.
- Pickering TG, Hall JE, Appel LJ, Falkner BE, Graves J, Hill MN, Jones DW, Kurtz T, Sheps SG, Roccella EJ. Recommendations for blood pressure measurement in humans and experimental animals. Part 1: Blood pressure measurement in humans. A statement for professionals from the subcommittee of professional and public education of the American Heart Association Council on High Blood Pressure Research. *Hypertension* 2005; 45(1):142-161.
- Craig CL, Marshall AL, Sjoström M, Bauman AE, Booth ML, Ainsworth BE, Pratt M, Ekelund U, Yngve A, Sallis JF, Oja P. International physical activity questionnaire: 12-country reliability and validity. *Med Sci Sports Exerc* 2003; 35(8):1381-1395.
- Matsudo SM, Matsudo VR, Araújo T, Andrade D, Andrade E, Oliveira L, Braggion G. Nível de atividade física da população do estado de São Paulo: análise de acordo com o gênero, idade, nível socioeconômico, distribuição geográfica e de conhecimento. *R Bras Ci e Mov* 2002; 10(4):41-50.

20. Peres MA, Masiero AV, Longo GZ, Rocha GC, Matos IB, Najnie K, Oliveira MC, Arruda MP, Peres KG. Auto-avaliação da saúde em adultos no Sul do Brasil. *Rev Saude Publica* 2010; 44(5):901-911.
21. Olinto MTA, Nácul LC, Dias-da-Costa JS, Gigante DP, Menezes AMB, Macedo S. Níveis de intervenção para a obesidade abdominal: prevalência e fatores associados. *Cad Saude Publica* 2006; 22(6):1207-1215.
22. Bray GA. Classification and evaluation of the obesities. *Med Clin North Am* 1989; 73(1):161-184.
23. Associação Brasileira para o Estudo da Obesidade e da Síndrome Metabólica (ABESO). *Diretrizes brasileiras de obesidade 2009/2010*. 3ª ed. São Paulo: AC Farmacêutica; 2009. [acessado 2014 dez 10]. Disponível em: http://www.abeso.org.br/pdf/diretrizes_brasileiras_obesidade_2009_2010_1.pdf
24. Mota JF, Rinaldi AEM, Pereira AF, Orsatti FL, Burini RC. Indicadores antropométricos como marcadores de risco para anormalidades metabólicas. *Cien Saude Colet* 2011; 16(9):3901-3908.
25. Barros MBA, Zanchetta LM, Moura EC, Malta DC. Auto-avaliação da saúde e fatores associados, Brasil, 2006. *Rev Saude Publica* 2009; 43(Supl. 2):27-37.
26. Kaleta D, Polańska K, Dziankowska-Zaborszczyk E, Hanke W, Drygas W. Factors influencing self-perception of health status. *Cent Eur J Public Health* 2009; 17(3):122-127.
27. Baer HJ, Glynn RJ, Hu FB, Hankinson SE, Willett WC, Colditz GA, Stampfer M, Rosner B. Risk factors for mortality in the nurses' health study: a competing risks analysis. *Am J Epidemiol* 2011; 173(3):319-329.
28. Södergren M, Sundquist J, Johansson SE, Sundquist K. Physical activity, exercise and self-rated health: a population-based study from Sweden. *BMC Public Health* 2008; 8:352.
29. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Vigilância em Saúde. *Vigitel Brasil 2013: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico*. Brasília: MS; 2014.

Artigo apresentado em 14/07/2015

Aprovado em 17/12/2015

Versão final apresentada em 19/12/2015