

Indicadores do estilo de vida e autoavaliação negativa de saúde em universitários de uma instituição pública do Nordeste do Brasil

Lifestyle indicators and negative health self-assessment among students of a public university in northeastern Brazil

Diego Augusto Santos Silva

Universidade Federal de Santa Catarina/Programa de Pós Graduação em Educação Física. Florianópolis, SC, Brasil.

Resumo

Objetivou-se determinar os indicadores do estilo de vida associados à autoavaliação negativa de saúde em acadêmicos do curso de Educação Física. Estudo transversal com amostra de 217 estudantes (54,8% do sexo masculino) de Educação Física de uma instituição pública do Nordeste do Brasil. Foram aplicados questionários para obter dados sobre autoavaliação da saúde, condições socioeconômicas, demográficas e de estilo de vida. A análise multivariável foi realizada por regressão de Poisson, bruta e ajustada, estimando-se razões de prevalência (RP) e intervalos de confiança de 95%. A prevalência de autoavaliação da saúde negativa foi de 20,0% (IC95%: 14,6-25,4). Os resultados na análise ajustada indicaram que estudantes com alimentação inadequada (RP = 1,15; IC95%: 1,06-1,26), com problemas em relação ao sono, o não uso de cinto de segurança, estresse e sexo inseguro (RP = 1,36; IC95%: 1,19-1,55), tipo de comportamento inadequado (RP: 1,13; IC95%: 1,03-1,22) e problemas de introspecção (RP: 1,20; IC95%: 1,08-1,34) foram os grupos com maiores probabilidades de terem autoavaliação negativa da saúde. Pode-se concluir que hábitos inadequados de alimentação, problemas com o sono, o não uso de cinto de segurança, estresse, sexo sem proteção, tipo de comportamento inadequado e problemas de introspecção foram indicadores do estilo de vida relacionados a autoavaliação negativa de saúde. Recomenda-se que a instituição investigada elabore estratégias para estimular uma maior socialização entre os alunos, e promovam programas educativos que facilitem a adoção de um estilo de vida saudável, a conscientização em relação ao uso do cinto de segurança e prática de sexo seguro.

Palavras-chave: Conduta de saúde; Educação física; Estilo de vida; Auto-avaliação; Estudantes de ciências da saúde; Saúde mental.

Abstract

The objective of this study was to determine lifestyle indicators associated with negative health self-assessment among Physical Education students. The sample of this cross-sectional study consisted of 217 Physical Education students (54.8% males) of a public university in northeastern Brazil. Questionnaires were applied to obtain data on health self-assessment and socioeconomic, demographic and lifestyle conditions. Multivariate analysis was performed by crude and adjusted Poisson regression, estimating prevalence ratios (PR) and confidence intervals of 95%. The prevalence of negative health self-assessment was 20.0% (CI 95%: 14.6 - 25.4). The results in the adjusted analysis indicated that students with poor nutrition (PR = 1.15, CI 95%: 1.06 - 1.26), sleep problems, not using seat belts, stress and unsafe sex (PR = 1.36, CI 95%: 1.19 - 1.55), inappropriate behavior (PR: 1.13, 95% CI: 1.03 to 1.22) and withdrawal behavior (PR: 1.20, CI 95%: 1.08 - 1.34) were those most likely to have negative health self-assessment. It could be concluded that inadequate feeding habits, sleep problems, not using seat belts, stress, unsafe sex, inappropriate and withdrawal behavior were lifestyle indicators related to negative health self-assessment. The institution investigated should develop strategies to encourage higher socialization among students and promote educational programs that facilitate the adoption of a healthy lifestyle, awareness regarding the use of seat belts and safe sex.

Keywords: Health behavior; Physical education; Life style; Self-assessment; Students; Health occupations; Mental health.

ENDEREÇO PARA CORRESPONDÊNCIA

Diego Augusto Santos Silva

Universidade Federal de Santa Catarina
– Centros de Desportos – Programa de
Pós-Graduação em Educação Física.
Núcleo de Pesquisa em
Cineantropometria e Desempeno
Humano – NuCIDH
Campus Universitário – Trindade
Caixa Postal 476
CEP 88040-900
Florianópolis, SC, Brasil
e-mail: diegoaugustoss@yahoo.com.br

• Recebido: 23/06/2012
• Re-submissão: 24/07/2012
• Aceito: 08/08/2012

INTRODUÇÃO

Avaliar o estado de saúde é algo complexo que necessita de diversos indicadores. Os indicadores secundários de se avaliar a saúde, difundidos na literatura, mensuram este constructo de maneira "observada", "testada" e "percebida". A primeira é realizada por meio de exames clínicos, com profissionais de saúde especializados. A segunda está relacionada a exames laboratoriais, desenvolvidos com marcadores bioquímicos e moleculares. A terceira associa-se a autoavaliação de saúde e é considerada uma maneira válida e importante para diagnosticar as condições de saúde de indivíduos e populações¹.

A autoavaliação negativa da saúde está associada a medidas objetivas de morbidade e é considerada preditor poderoso da mortalidade, independente de fatores médicos, comportamentais e psicossociais². Ademais, a saúde percebida pode ser avaliada por meio de uma única questão, que tem sido empregada em diferentes inquéritos de saúde e vem servindo para subsidiar serviços e tratamentos de saúde³.

A literatura demonstra que a percepção individual da saúde é importante indicador que pode influenciar a qualidade de vida⁴. A qualidade de vida, por sua vez, é afetada por inúmeros fatores, como as condições de vida, moradia, transporte, ambiente, acesso a serviços de saúde e indicadores do estilo de vida⁵. Existem fatores do estilo de vida que podem afetar de forma negativa a saúde e sobre os quais se pode ter o controle, chamados de fatores negativos modificáveis como, por exemplo, fumo, álcool, drogas, estresse e sedentarismo. Há ainda os fatores positivos, como alimentação, atividade física e comportamento preventivo que se ministrados de forma correta contribuem também para um estilo de vida saudável e previne a ocorrência de doenças e agravos não transmissíveis à saúde, como cardiopatias, hipertensão arterial e neoplasias⁶.

Os universitários são um grupo vulnerável a adoção de comportamentos adequados e/ou inadequados para a saúde, pois com a entrada no ensino superior ocorre questionamento de valores, crenças e atitudes empregados pela família no processo de educação⁷. Tais questionamentos podem refletir em um novo comportamento, que por consequência, pode influenciar em um estado de saúde percebido de forma positiva ou negativa.

Muitos jovens ao ingressarem na universidade optam por cursos relacionados à área da educação ou saúde, como por exemplo, a Educação Física, licenciatura ou bacharelado⁸. Espera-se que estes alunos tenham hábitos mais saudáveis e autoavaliação positiva do estado de saúde em comparação a acadêmicos de outros cursos, pois possuem disciplinas na grade curricular que tratam dos conceitos de saúde e da inter-relação educação em saúde. Além disso, tais alunos ao se formarem irão intervir, dentre outras funções, na promoção da saúde da população^{9,10}. Em busca nas bases de dados *Scielo*, *Medline* e *Google Escolar*, no período de Janeiro do ano 2000 até Junho de 2012 foi encontrada somente uma pesquisa com estudantes de Educação Física do Brasil que teve como desfecho a autoavaliação positiva ou negativa da saúde. Esta investigação realizada no estado da Bahia revelou que 14,3% dos acadêmicos apresentavam autoavaliação negativa da saúde¹¹. Os indicadores do estilo de vida analisados no estudo citado foram a prática de atividade física no lazer, estresse, consumo de frutas, verduras e bebidas alcoólicas. Somente a percepção negativa do estresse se associou com autoavaliação negativa de saúde nos estudantes analisados¹¹.

Diante das poucas pesquisas sobre a temática com a população de estudantes de Educação Física, o presente estudo busca adicionar informações sobre a relação que indicadores do estilo de vida (relação com família e amigos, atividade física, nutrição, uso de tabaco e tóxicos, uso de álcool, sono, cinto de segurança, estresse, sexo seguro, tipo de comportamento, introspecção e trabalho) têm com a autoavaliação negativa de saúde. Assim, o presente estudo tem como objetivo determinar os indicadores do estilo de vida associados à autoavaliação negativa de saúde em acadêmicos do curso de Educação Física.

MÉTODOS

População e amostra

Este estudo descritivo, com delineamento transversal, teve como população alunos de ambos os sexos, que estavam matriculados no curso de Educação Física, no segundo semestre de 2009 de uma universidade pública do estado de Sergipe, Brasil, localizada na cidade de São Cristóvão. O presente estudo faz parte do projeto de pesquisa *Avaliação da atividade física, estilo de vida e variáveis associadas de universitários*, tendo como protocolo no Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Sergipe (UFS) CAAE - 0163.0.107.000-09.

Para o cálculo amostral foi considerado as recomendações de Luiz e Magnanini¹². Levou-se em consideração uma população de 294 estudantes, sendo 149 da Licenciatura e 145 do Bacharelado. Foi adotado um erro tolerável de cinco pontos percentuais, intervalo de confiança de 95% e uma prevalência desconhecida para o desfecho (50%). Desta forma, a amostra foi estimada em 120 sujeitos do curso de licenciatura e 117 do bacharelado.

A amostra foi selecionada de forma aleatória simples. Após o cálculo foi realizado o sorteio pelo programa Microsoft Excel[®] do Windows para escolha dos sujeitos. O sorteio foi realizado a partir de um número dado para cada sujeito. Os sorteados foram contatados em sala de aula a partir de uma lista de matriculados distribuída pela instituição. Foram considerados elegíveis todos os alunos de ambos os cursos matriculados. Foram considerados como perda amostral os alunos que estavam listados, matriculados, nas disciplinas, porém não foram encontrados em nenhuma das três visitas da supervisora. A parcela que não quis responder ao instrumento foi considerada recusa. Utilizou-se como critério de exclusão, para a participação na pesquisa, apresentar alguma condição física que impossibilitasse responder ao questionário autoadministrado (cegueira, por exemplo).

A coleta de dados ocorreu no segundo semestre de 2009 e contou com a participação de uma professora de Educação Física que distribuiu o questionário autoadministrado aos alunos sorteados em uma sala de aula da instituição após a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Variável dependente

A saúde foi autoavaliada por meio da seguinte pergunta: "Como o Sr (a) avaliaria seu estado de saúde atual?". As opções de resposta foram: "Muito Boa", "Boa", "Regular", "Ruim" e "Muito Ruim". Agruparam-se às categorias "Muito Boa" e "Boa" a percepção "positiva" e às demais, a "negativa". Esta forma de questionar a autoavaliação de saúde está associada às medidas objetivas de morbidade e de uso de serviços, constituindo um preditor da mortalidade, equivalente aos indicadores obtidos por meio de instrumentos mais complexos e extensos¹⁻⁴.

Variável independente

Para a determinação do estilo de vida foi utilizado o questionário autoadministrado "Estilo de Vida Fantástico" da Associação Canadense de Fisiologia, traduzido para o português e que passou por validade de constructo para a população brasileira¹³. O instrumento possui 25 indicadores divididos em nove domínios: 1) família e amigos; 2) atividade física; 3) nutrição; 4) tabaco e tóxicos; 5) álcool; 6) sono, cinto de segurança, estresse e sexo seguro; 7) tipo de comportamento; 8) introspecção; 9) trabalho. As questões estão dispostas na forma de escala Likert, sendo que a codificação das questões é realizada por pontos. A soma de todos os pontos permite chegar a um escore total que classifica os indivíduos em cinco categorias: "Excelente" (85 a 100 pontos), "Muito bom" (70 a 84 pontos), "Bom" (55 a 69 pontos), "Regular" (35 a 54 pontos) e "Necessita melhorar" (0 a 34 pontos)¹³. No presente estudo foi dicotomizado, considerado como "adequado" os sujeitos das categorias "Excelente", "Muito bom" e "Bom", e como "inadequado" os da "Regular" e "Necessita melhorar".

Variáveis de controle

Foi considerada como variáveis de controle as informações demográficas e socioeconômicas: sexo (feminino/masculino); idade (coletada de forma contínua e para caracterização da amostra categorizada em ≤ 20 anos e > 20 anos); situação conjugal (com companheiro/sem companheiro); curso (licenciatura/bacharelado); trabalho remunerado (sim/não); escolaridade materna (coletada de forma contínua e para caracterização da amostra categorizada em ≤ 8 anos de estudo; > 8 anos de estudo) e nível econômico. O nível econômico foi investigado pelo questionário da Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa - ABEP¹⁴, que utiliza um sistema de pontos que, somados, servem para dividir a população brasileira em classes econômicas conforme sua capacidade de compra. As classes dos critérios adotados pela ABEP são cinco: "A", "B", "C", "D" e "E", por ordem decrescente de poder de compra. Devido à distribuição de frequências realizada previamente, decidiu-se unir as classes "A" e "B" e denominá-la de "alta" e as demais de "baixa".

Tratamento estatístico

Empregou-se a estatística descritiva por meio de frequências absolutas e relativas para caracterização da amostra e distribuição em relação às variáveis demográficas, socioeconômicas e a autoavaliação de saúde. As comparações de frequências foram realizadas pelo teste qui-quadrado de heterogeneidade. Utilizou-se a regressão de Poisson (bruta e ajustada) com ajuste robusto para variância¹⁵, visando examinar as associações entre a variável dependente com os indicadores do estilo de vida (variáveis independentes), estimando-se razões de prevalências (RP) e os intervalos de confiança de 95% (IC95%). Todos os indicadores do estilo de vida foram incluídos na análise ajustada, independente do valor de p da análise bruta. Foi realizada uma análise ajustada por variáveis demográficas e socioeconômicas para cada indicador do estilo de vida. As variáveis idade e escolaridade materna foram incluídas de forma contínua na análise ajustada. O nível de significância foi estabelecido em 5%. As análises foram realizadas no programa estatístico SPSS, versão 15.0.

RESULTADOS

Seis alunos da licenciatura e cinco do bacharelado se recusaram a participar da pesquisa. Além disso, seis estudantes da licenciatura e três do bacharelado foram considerados perdidos amostrais. Assim, o presente estudo foi formado por 217 estudantes do curso de Educação Física de uma universidade pública no Nordeste do Brasil, apresentando taxa de resposta de 91,6%. A questão sobre autopercepção de saúde teve duas respostas ignoradas. Assim, 215 estudantes preencheram tal variável.

A maior parte dos universitários investigados era do sexo masculino (54,8%), com idade inferior ou igual a 20 anos (59,4%), nível econômico alto (62,8%), sem companheiro (92,6%), não trabalhavam de forma remunerada (67,7%), com escolaridade materna maior que oito anos (74,2%), cursando o bacharelado (51,6%). A prevalência de autoavaliação de saúde negativa foi de 20,0% (IC95%: 14,6-25,4) (Tabela 1).

Na tabela 2, verifica-se que a maior parte dos acadêmicos

Tabela 1

Distribuição da amostra em relação às características demográficas, socioeconômicas e autoavaliação de saúde. São Cristóvão, Sergipe, Brasil.

Variáveis	n	%
Sexo		
Masculino	119	54,8
Feminino	98	45,2
Idade		
≤ 20 anos	129	59,4
> 20 anos	88	40,6
Nível Econômico		
Alto	135	62,8
Baixo	82	37,2
Situação conjugal		
Sem companheiro	201	92,6
Com companheiro	16	7,4
Trabalho remunerado		
Não	147	67,7
Sim	70	32,3
Escolaridade da mãe		
> 8 anos	161	74,2
≤ 8 anos	56	25,8
Curso		
Bacharelado	112	51,6
Licenciatura	105	48,4
Autoavaliação de saúde		
Positiva	172	80,0
Negativa	43	20,0

estava satisfeitos com família e amigos (85,1%), eram inativos fisicamente (57,7%), tinham alimentação adequada (57,7%), não consumiam tabaco e outros tóxicos (98,1%), ingeriam álcool de maneira adequada (91,2%), eram adequados em relação ao sono, uso de cinto de segurança, estresse e sexo seguro (87,4%), inadequados em relação ao tipo de comportamento diário (50,7%), sem problemas de introspecção (78,1%) e satisfeitos com o que realizava (86,0%).

As maiores prevalências de autoavaliação de saúde negativa foram encontradas em acadêmicos com alimentação inadequada (29,7%), com problemas em relação ao sono, uso de cinto de segurança, estresse e sexo seguro (55,6%), tipo de comportamento diário inadequado (26,4%) e com problemas de introspecção (37,5%) (Tabela 2).

A tabela 3 mostra a análise bruta e ajustada entre os fatores do estilo de vida e a autoavaliação de saúde negativa. No modelo bruto, verificou-se que os acadêmicos com maiores probabilidades de apresentar autoavaliação de saúde negativa foram os sujeitos com alimentação inadequada, com problemas em relação ao sono, uso de cinto de segurança, estresse e sexo seguro, com tipo de comportamento inadequado e com problemas de introspecção. No modelo ajustado, verificou-se que estudantes com alimentação inadequada (RP = 1,15; IC95%: 1,06-1,26), com problemas em relação ao sono, uso de cinto de segurança, estresse e sexo seguro (RP = 1,36; IC95%: 1,19-1,55), tipo de comportamento inadequado (RP: 1,13; IC95%: 1,03-1,22) e problemas de introspecção (RP: 1,20; IC95%: 1,08-1,34) fo-

ram os grupos com maiores probabilidades de terem autoavaliação negativa da saúde.

DISCUSSÃO

Este estudo, realizado em uma instituição de ensino superior pública do estado de Sergipe, teve como objetivo determinar os indicadores do estilo de vida associados à autoavaliação negativa de saúde em acadêmicos do curso de Educação Física. O principal achado foi que 20% dos acadêmicos apresentaram autopercepção de saúde negativa, sendo que indicadores do estilo de vida, como hábitos alimentares inadequados e problemas em relação ao sono, uso de cinto de segurança de forma esporádica, estresse, sexo sem proteção, tipo de comportamento inadequado e problemas de introspecção se associaram com a autoavaliação negativa de saúde.

Prevalência próxima da autoavaliação negativa do estado de saúde encontrada no presente estudo foi reportada em universitários do Egito (23%)¹⁶. Sousa¹¹ analisando acadêmicos de Educação Física do estado da Bahia, Brasil, detectaram que 14,3% apresentaram percepção negativa do próprio estado de saúde. Tais prevalências são preocupantes, pois a autoavaliação negativa da saúde é marcador de desigualdades entre subgrupos populacionais e está relacionado a quase duas vezes maior risco de morte em relação àqueles que avaliaram sua saúde como excelente¹⁷.

Os acadêmicos com hábitos alimentares inadequados apresentaram maior prevalência de autopercepção negativa do estado de saúde do que aqueles com alimentação adequada.

Tabela 2

Distribuição da amostra em relação às características de estilo de vida e autoavaliação de saúde, São Cristovão, Sergipe, Brasil.

	Distribuição da amostra		Autoavaliação de saúde		p-valor
	n	(%)	Positiva (%)	Negativa (%)	
Família e amigos					
Satisfeito	183	85,1	81,5	18,5	0,243
Insatisfeito	32	14,9	72,7	27,3	
Atividade Física					
Ativo	91	42,3	84,8	15,2	0,137
Inativo	124	57,7	76,6	23,4	
Nutrição					
Adequada	124	57,7	87,3	12,7	0,002*
Inadequada	91	42,3	70,3	29,7	
Tabaco e tóxicos					
Não Consome	211	98,1	80,3	19,7	0,793
Consome	4	1,9	75,0	25,0	
Álcool					
Adequado	196	91,2	79,3	20,7	0,288
Inadequado	19	8,8	89,5	10,5	
Sono, CS, estresse e SS					
Adequado	188	87,4	85,2	14,8	<0,001*
Inadequado	27	12,6	44,4	55,6	
Tipo de comportamento					
Adequado	106	49,3	86,9	13,1	0,014*
Inadequado	109	50,7	73,6	26,4	
Introspecção					
Adequada	168	78,1	85,2	14,8	<0,001*
Inadequada	47	21,9	62,5	37,5	
Trabalho (função)					
Satisfeito	185	86,0	81,7	18,3	0,164
Insatisfeito	30	14,0	71,0	29,0	

CS – cinto de segurança; SS – sexo seguro; *p<0,05 (teste qui-quadrado).

Tabela 3

Razão de prevalência, brutas e ajustadas, para autoavaliação de saúde negativa de acordo com as características de estilo de vida de acadêmicos de Educação Física. São Cristovão, Sergipe, Brasil.

	Autoavaliação de saúde negativa					
	Análise Bruta			Análise Ajustada†		
	RP	IC95%	p	RP	IC95%	p
Família e amigos						
Satisfeito	1		0,246	1		0,226
Insatisfeito	1,08	(0,94-1,23)		1,01	(0,95-1,24)	
Atividade Física						
Ativo	1		0,137	1		0,154
Inativo	1,07	(0,98-1,16)		1,06	(0,98-1,16)	
Nutrição						
Adequada	1		0,002*	1		0,002*
Inadequada	1,15	(1,05-1,26)		1,15	(1,06-1,26)	
Tabaco e tóxicos						
Não Consome	1		0,812	1		0,725
Consome	1,04	(0,74-1,47)		1,06	(0,74-1,53)	
Álcool						
Adequado	1			1		
Inadequado	0,91	(0,80-1,04)	0,188	0,91	(0,79-1,05)	0,213
Sono, CS, estresse e SS						
Adequado	1			1		
Inadequado	1,35	(1,19-1,54)	<0,001*	1,36	(1,19-1,55)	<0,001*
Tipo de comportamento						
Adequado	1			1		
Inadequado	1,12	(1,03-1,22)	0,012*	1,13	(1,03-1,22)	0,006*
Introspecção						
Adequada	1			1		
Inadequada	1,20	(1,07-1,35)	0,001*	1,20	(1,08-1,34)	0,001*
Trabalho (função)						
Satisfeito	1			1		
Insatisfeito	1,09	(0,96-1,25)	0,174	1,10	(0,96-1,26)	0,163

RP: razão de prevalência; IC95%: intervalo de confiança de 95%; CS: cinto de segurança; SS: sexo seguro; *p<0,05 (Teste de Wald); †Análise ajustada por variáveis demográficas e socioeconômicas (sexo, idade, curso, situação conjugal, nível econômico, trabalho remunerado, escolaridade materna). A variável idade e escolaridade materna foram incluídas na análise ajustada de forma contínua.

A literatura demonstrou que adultos e idosos com consumo regular de frutas e verduras foram mais propensos a perceberem a saúde positivamente¹⁸. Uma possível justificativa para este achado é que sujeitos que tem alimentação adequada são aqueles com alta escolaridade e alto nível econômico, sobretudo em países de renda média à baixa^{18,19}. Tal situação reflete não somente no acesso a alimentos saudáveis, mas também reflete no acesso a serviços de saúde, lazer e condições de moradia favorável, que estão diretamente relacionados à percepção positiva da saúde³.

O presente estudo também detectou que problemas em relação ao sono, ao uso do cinto de segurança de forma esporádica, estresse acentuado, e prática de sexo sem proteção se associaram com a autoavaliação de saúde negativa. O questionário empregado para analisar o estilo de vida dos universitários agrupa estes quatro comportamentos em um único domínio de análise¹³. A razão para isso é a origem da palavra "fantástico" que vem do acrônimo FANTASTIC que representa as letras dos nomes dos nove domínios (na língua inglesa) em que estão distribuídas os 25 itens, sendo a letra "S" representada por *sleep, seatbelts, stress, safe sex* (sono, cinto de segurança, estresse e sexo seguro)¹³. Com base na literatura, pode-se relacionar o não uso do cinto de segurança com consequências graves, decorrentes de acidentes de trânsito e

isto pode refletir em percepção negativa do estado de saúde²⁰. Ademais, o sexo sem proteção facilita a transmissão de doenças sexualmente transmissíveis e de uma gravidez não planejada, que influenciam na qualidade de vida da pessoa²¹. Neste sentido, a inadequação destes comportamentos pode refletir na autoavaliação de saúde das pessoas.

A relação da qualidade do sono e percepção de saúde vem sendo estudada na literatura²². Geiger et al.²² analisaram a relação que a quantidade de dias de sono com qualidade em um mês teve com a autopercepção de saúde em amostra de adultos (n= 377.160) que responderam em 2008 ao *Behavioral Risk Factor Surveillance System* - BRFSS (Sistema de monitoramento de fatores de risco por inquérito telefônico dos Estados Unidos). Os autores encontraram que sete dias ou mais durante um mês de autopercepção ruim do sono esteve fortemente associado (de duas a três vezes) com autoavaliação negativa da saúde²².

O estresse acentuado traz efeitos psicológicos e fisiológicos ao organismo, como por exemplo, ansiedade, depressão, concentração diminuída, irritabilidade, memória fraca, raiva, produtividade diminuída e falta de comunicação²³. Talvez por isso que, o presente estudo encontrou que universitários com problemas de estresse são mais susceptíveis à autopercepção negativa de saúde. As situações estressantes refletem na qua-

lidade de vida e nas relações sociais dos indivíduos, e, por conseguinte, na percepção de saúde²⁴. Neste sentido, identificar os fatores que estão acarretando o estresse nos universitários pode ser uma estratégia inicial para a promoção de uma saúde positiva.

O tipo de comportamento inadequado foi outro constructo que esteve associado à percepção negativa de saúde nos estudantes analisados, mesmo após ajuste por variáveis demográficas e socioeconômicas. Os itens do questionário "Estilo de Vida Fantástico"¹³ que investigam este constructo são os seguintes: 1) Aparento estar com pressa; 2) Eu me sinto com raiva e hostil. A pressa no cotidiano das pessoas está relacionada à falta de organização das tarefas diárias e o acúmulo de atividades. Tais situações acarretam o estresse que como mostrado no parágrafo anterior tem relação direta com desfechos em saúde e autopercepção de saúde²⁴. Por outro lado, a pessoa que se sente com raiva e hostil tem problemas de relacionamentos e está rotineiramente de mau humor²⁵. Mirković e Simić²⁵ analisaram os preditores da autopercepção negativa de saúde em adultos da Sérvia, e relataram que problemas de humor esteve fortemente associado com a percepção negativa do próprio estado de saúde. Isto deixa evidente que a percepção da saúde não está ligada somente a ausência de doenças, sendo um constructo com vários fatores interligados que afetam da mesma maneira a percepção do indivíduo.

Os estudantes desta pesquisa que tiveram problemas de introspecção apresentaram 20% maior probabilidade de terem autoavaliação negativa do estado de saúde comparados àqueles sem problemas de introspecção, independente de fatores demográficos e socioeconômicos. A introspecção é o ato pelo qual o sujeito observa os conteúdos de seus próprios estados mentais, ou seja, está relacionada à saúde mental e não deve ser tratada como algo fisiológico e sim relacionada à consciência imediata²⁶. Neste sentido, problemas como a falta de otimismo, depressão, tristeza, desapontamento estão relacionados com problemas de introspecção¹³. Estas situações refletem na saúde das pessoas e necessitam ser prevenidas e/ou tratadas. Uma maneira pela qual a universidade auxiliaria na prevenção e como coadjuvante terapêutico de problemas relacionados à introspecção dos alunos poderia ser com a promoção da atividade física e dos esportes nos momentos de lazer destes alunos. Embora os acadêmicos de Educação Física pratiquem, muitas vezes, atividades físicas nas disciplinas, esta prática por si só pode não ser suficiente para que estes estudantes atinjam as recomendações para prática suficiente de atividade física. Alguns estudos com estudantes de Educação Física demonstram que uma parcela dos alunos não atinge as recomendações^{27,28}. Portanto, é interessante estimular a prática regular de atividade física, pois ela provoca aumento na liberação das concentrações de monoaminas, como a serotonina, a dopamina e a noradrenalina, o que supostamente funciona do mesmo modo que as drogas antidepressivas²⁹. Destas monoaminas, duas se destacam na fisiopatologia da depressão, devido à ligação com o controle de humor e emoções: a noradrenalina e a serotonina. Ademais, a atividade física quando realizada em grupo promove o encontro social com amigos, o aumento da sociabilidade e o distanciamento de pensamentos depressivos²⁹.

O presente estudo tem o delineamento transversal como limitação, pois não permite afirmar se a associação entre as variáveis independentes com a autopercepção de saúde tem relação causal. Ademais, a causalidade reversa não pode ser descartada, como por exemplo, seriam os indicadores do estilo de vida (hábitos alimentares inadequados, problemas em

relação ao sono, uso de cinto de segurança de forma esporádica, estresse, sexo sem proteção, tipo de comportamento inadequado e problemas de introspecção) que levariam a um pior status de saúde ou uma percepção negativa de saúde que levaria a hábitos inadequados do estilo de vida. A extrapolação dos resultados apresentados neste estudo, para outras populações deve ser feita com cautela, pois a amostra investigada foi oriunda de uma universidade pública e não pode ser considerada como representativa do universo das faculdades de Educação Física do país. Outra limitação da presente pesquisa e que pode ter inviabilizado a associação da percepção de saúde com a atividade física foi que não há indícios de validade concorrente para as questões do domínio Atividade Física do questionário Estilo de Vida Fantástico. O erro de amostragem de cinco pontos percentuais utilizado como um dos parâmetros para o cálculo da amostra traz uma variabilidade para a prevalência de autoavaliação negativa do estado de saúde de 15% a 25%. Embora tal variabilidade seja de 10 pontos percentuais, o problema da autoavaliação negativa do estado de saúde ainda assim preocupa, haja vista que outra investigação com estudantes de Educação Física¹¹ relatou prevalência de autoavaliação de saúde negativa inferior aos 15%.

Como pontos fortes da pesquisa destacam-se: 1) a investigação deste tema perante os alunos de Educação Física, tendo em vista que ainda há poucas investigações sobre esta temática neste subgrupo populacional; 2) a utilização de um questionário sobre estilo de vida que aborda diferentes domínios, o que permite inferências maiores da relação Estilo de vida vs. Autoavaliação de saúde; 3) a amostra probabilística e representativa da população, que dificulta o viés de seleção em estudos transversais.

Diante do exposto, pode-se concluir que um quinto dos acadêmicos de Educação Física avaliou a própria saúde negativamente. Ademais, os indicadores do estilo de vida que estiveram associados à autoavaliação negativa de saúde nos estudantes foram a alimentação inadequada, problemas em relação ao sono, uso de cinto de segurança de forma esporádica, estresse, sexo sem proteção, tipo de comportamento inadequado e problemas de introspecção. Recomenda-se que a instituição investigada elabore estratégias para estimular uma maior socialização entre os alunos, e promovam programas educativos que facilitem a adoção de um estilo de vida saudável, a conscientização em relação ao uso do cinto de segurança e prática de sexo seguro.

Agradecimentos

O autor agradece à professora Indianara Magalhães Marques Pereira pelo envolvimento na coleta dos dados.

Contribuições dos autores

DASS é o coordenador do projeto, apresentou a ideia de pesquisa, trabalhou na análise dos dados e na redação do manuscrito.

REFERÊNCIAS

1. Sadana R, Mathers CD, Lopez AD, Murray CJL, Iburg KM. Comparative analyses of more than 50 household surveys on health status. In: Murray CJL, Salomon JA, Mathers CD, Lopez AD. Summary measures of population health: concepts, ethics, measurement and applications. Geneva: WHO; 2002:369-86.
2. Barros MBA, Zanchetta LM, Moura EC, Malta DC. Auto-avaliação da saúde e fatores associados, Brasil, 2006. Rev Saude Publica 2009;43:27-37.
3. Peres MA, Masiero AV, Longo GZ, et al. Self-rated health among adults in Southern Brazil. Rev Saude Publica 2010;44:901-11.

4. Szwarcwald CL, Souza-Júnior PRB, Esteves MA, Damacena GN, Viacava F. Socio-demographic of self-rated health in Brazil. *Cad Saude Publica* 2005;21:554-64.
5. Minayo MCS, Hartz ZMA, Buss PM. Qualidade de vida e saúde: um debate necessário. *Ciênc Saúde Coletiva* 2000;5:7-18.
6. Nahas MV, Barros MVG, Franclacci VL. O Pentágono do Bem-Estar: base conceitual para avaliação do estilo de vida de indivíduos e grupos. *Rev Bras Ativ Fis Saúde* 2000;5:48-59.
7. Silva DAS, Quadros TMB, Gordia AP, Petroski EL. Associação do sobrepeso com variáveis sócio-demográficas e estilo de vida em universitários. *Ciênc Saúde Coletiva* 2011;16:4473-9.
8. Pinho STD, Costa MZ, Pereira FM, Azevedo Júnior MR. Licenciatura ou Bacharelado em Educação Física? Opção de curso entre os últimos acadêmicos do currículo generalista. *Lect Educ Fis Deportes (B. Aires)* 2007;108.
9. Steinhilber J. Licenciatura e/ou Bacharelado, opções de graduação para intervenção profissional. *Revista E.F.*, 2006;19:19-20. <http://www.confef.org.br/extra/revistaef/show.asp?id=3613&hl=licenciatura>. Acessado em 27 de dezembro de 2010.
10. Silva OON, Souza CLD. Disposições legais em Educação Física: ingerências do CONFEF na tentativa de restrição profissional. *Lect Educ Fis Deportes (B. Aires)* 2009;135.
11. Sousa TF. Autopercepção negativa de saúde e fatores associados em acadêmicos de Educação Física no Nordeste, Bahia. *Lect Educ Fis Deportes (B. Aires)* 2010;143.
12. Luiz RR, Magnanini MMF. A lógica da determinação do tamanho da amostra em investigações epidemiológicas. *Cad Saúde Colet*, (Rio J.) 2000;8:9-28.
13. Rodriguez Añez CR, Reis RS, Petroski EL. Brazilian version of a lifestyle questionnaire: translation and validation for young adults. *Arq Bras Cardiol* 2008;91:92-8.
14. Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa - ABEP. Critério de Classificação Econômica Brasil, São Paulo, SP, 2008. Disponível em: <http://www.abep.org/codigosguias/Criterio_Brasil_2008.pdf> Acesso em: 26 ago. 2009.
15. Barros AJ, Hirakata VN. Alternatives for logistic regression in cross-sectional studies: an empirical comparison of models that directly estimate the prevalence ratio. *BMC Med Res Methodol* 2003;3:21.
16. Abolfotouh MA, Bassiouni FA, Mounir GM, Fayyad RCh. Health-related lifestyles and risk behaviours among students living in Alexandria University Hostels. *East Mediterr Health J* 2007;13:376-91.
17. 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;21:267-75.
18. Myint PK, Welch AA, Bingham SA, et al. Fruit and vegetable consumption and self-reported functional health in men and women in the European Prospective Investigation into Cancer-Norfolk (EPIC-Norfolk): a population-based cross-sectional study. *Public Health Nutr* 2007;10:34-41.
19. Shohaimi S, Welch A, Bingham S, et al. Residential area deprivation predicts fruit and vegetable consumption independently of individual educational level and occupational social class: a cross sectional population study in the Norfolk cohort of the European Prospective Investigation into Cancer (EPIC-Norfolk). *J Epidemiol Community Health* 2004;58:686-91.
20. Bastos YGL, Andrade SM, Soares DA. Características dos acidentes de trânsito e das vítimas atendidas em serviço pré-hospitalar em cidade do Sul do Brasil, 1997/2000. *Cad Saude Publica* 2005;21:815-22.
21. Berquo E, Barbosa RM, Lima LP. Grupo de Estudos em População, Sexualidade e AIDS. Uso do preservativo: tendências entre 1998 e 2005 na população brasileira. *Rev Saude Publica* 2008;42:34-44.
22. Geiger SD, Sabanayagam C, Shankar A. The Relationship between Insufficient Sleep and Self-Rated Health in a Nationally Representative Sample. *J Environ Public Health* 2012;2012:518263.
23. Lee JS, Joo EJ, Choi KS. Perceived Stress and Self-esteem Mediate the Effects of Work-related Stress on Depression. *Stress Health* [Epub ahead of print].
24. Wexler DJ, Porneala B, Chang Y, et al. Diabetes Differentially Affects Depression and Self-Rated Health by Age in the U.S. *Diabetes Care* [Epub ahead of print].
25. Mirković M, Simić S. Predictors of self-rated health of citizens on the territory of endangered political security. *Med Pregl* 2011;64:168-72.
26. Engelman A. Principais Modos de Pesquisar a Consciência-Mediata-de-Outros. *Psicol USP* 1997;8: 251-74.
27. Mielke GI, Ramis TR, Habeyche EC, Oliz MM, Tessmer MGS, Azevedo MR, Hallal PC. Atividade física e fatores associados em universitários do primeiro ano da Universidade Federal de Pelotas. *Rev Bras Ativ Fis Saúde* 2010;15: 57-64.
28. Silva DAS. Nível de atividade física e fatores associados em acadêmicos de educação física de uma universidade pública do nordeste do Brasil. *Rev Bras Ativ Fis Saúde* 2011; 16:193-8.
29. Dishman RK, Washburn RA, Heath GW. *Physical Activity Epidemiology*. Champaign: Human Kinetics, 2004.