

# Percepção de saúde e fatores associados em adolescentes

## Self-perceived health and associated factors in adolescents

Gerfeson Mendonça<sup>1,3</sup>  
José Cazuzza de Farias Júnior<sup>1,2,3</sup>

1. Programa Associado de Pós-Graduação em Educação Física - UPE/ UFPB. João Pessoa, PB, Brasil.

2. Universidade Federal da Paraíba – UFPB. João Pessoa, PB, Brasil.

3. Grupo de Estudos e Pesquisas em Epidemiologia da Atividade Física – GEPEAF, Brasil.

### Resumo

O objetivo deste estudo foi determinar a prevalência e analisar fatores associados à percepção negativa de saúde em adolescentes no Nordeste do Brasil. Trata-se de um estudo epidemiológico transversal com 2859 adolescentes (57,8% do sexo feminino), de 14 a 19 anos de idade (16,5 anos, DP = 1,2), do ensino médio de escolas públicas e privadas no município de João Pessoa - PB. A percepção de saúde foi mensurada por uma questão única, em que os adolescentes autorreferiram seu estado de saúde (ruim, regular, bom, muito bom e excelente). Foram considerados os seguintes fatores associados: idade, cor da pele, grau de escolaridade do pai e da mãe, classe econômica, comportamento sedentário, nível de atividade física e estado nutricional. A regressão logística binária foi utilizada para avaliar as possíveis relações entre percepção negativa de saúde (ruim + regular) e os fatores associados. A prevalência de percepção negativa de saúde foi de 15,8% (IC95%: 14,5-17,2), sendo mais elevada nas moças (19,9%; IC95%: 18,0-21,9) do que nos rapazes (10,3%; IC95%: 8,5-12,0). Os resultados da análise multivariável evidenciaram que adolescentes mais velhos, filhos de pais com menor grau de escolaridade, que apresentaram menores níveis de atividade física e tinham excesso de peso corporal tiveram mais chances de perceber sua saúde de forma negativa. Estes resultados indicam que baixos níveis de atividade física e excesso de peso podem influenciar negativamente os níveis de saúde dos adolescentes.

**Palavras-chave:** Saúde, Adolescentes, Atividade física, Sobrepeso, Fatores socioeconômicos.

### Abstract

The aim of this study was to determine the prevalence and analyze factors associated with negative health perception in adolescents from Northeastern Brazil. It's a cross-sectional epidemiological study with 2859 adolescents (57.8% female) aged 14 to 19 years (16.5 years, SD = 1.2) from public and private high schools in the city of João Pessoa - PB. Health perception was measured by a single question where adolescents reported on their perception of health considering five categories (poor, fair, good, very good and excellent). We considered the following factors associated: age, skin color, level of education of the father and mother, socioeconomic status, sedentary behavior, physical activity and nutritional status. The binary logistic regression was used to evaluate the association between negative perceived health (poor + fair) and associated factors. The prevalence of negative perception of health was 15.8% (CI95%: 14.5–17.2), being higher among girls (19.9%, CI95%: 18.0–21.9) than in boys (10.3%, CI95%: 8.5–12.0). The results of multivariate analysis showed that older adolescents, whose parents had low education level, those who had a low physical activity level and excess of body weight were more likely to perceive their health status negatively. These results indicate that low levels of physical activity and overweight can negatively influence the health of adolescents.

**Keywords:** Health, Adolescents, Physical activity, Overweight, Socioeconomic factors.

### ENDEREÇO PARA CORRESPONDÊNCIA

Universidade Federal da Paraíba  
Centro de Ciência da Saúde  
Departamento de Educação Física  
Cidade Universitária, João Pessoa, PB  
CEP 58059-900  
e-mail: jcazuzajr@hotmail.com

- Recebido: 15/11/2011
- Re-submissão: 15/02/2012
- Aceito: 23/02/2012

## INTRODUÇÃO

A autoavaliação da saúde é uma medida subjetiva que indica o nível global de saúde, refletindo a percepção das pessoas sobre suas condições de saúde. Essa medida foi recomendada pela Organização Mundial de Saúde<sup>(1)</sup> e vem sendo amplamente utilizada em levantamentos sobre saúde da população<sup>(2,3)</sup>, incluindo os adolescentes<sup>(4,5)</sup>.

A autoavaliação do estado de saúde tem demonstrado níveis aceitáveis de reprodutibilidade<sup>(6,7)</sup> e tem-se mostrado associada a indicadores de morbimortalidade<sup>(1,8)</sup>, comportamentos de risco à saúde<sup>(4,9)</sup> e condições adversas de vida<sup>(2,10)</sup>, mesmo quando avaliada por uma única pergunta como "De uma maneira geral, como você considera a sua saúde?". Em adolescentes, a medida de saúde percebida tem sido considerada mais apropriada para avaliação da saúde do que indicadores tradicionais de morbimortalidade<sup>(1)</sup>.

O relatório internacional *Health Behaviour in School-aged Children (HBSC)*, sobre padrões de saúde de crianças e adolescentes de 41 países e regiões da Europa e da América do Norte, identificou prevalências de percepção negativa de saúde de 11% a 23%<sup>(1)</sup>. No Brasil, os dados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios 2008 (PNAD) identificaram que 10,1% dos jovens entre 14 e 19 anos de idade referiram sua saúde como "regular, ruim ou muito ruim"<sup>(3)</sup>. Entretanto, para essa faixa etária, os dados não foram descritos por estados e nem por regiões do Brasil.

Em função das diferenças socioeconômicas, culturais, no acesso e na qualidade dos serviços e cuidados com a saúde entre as regiões brasileiras<sup>(3)</sup>, a generalização do resultado nacional sobre a percepção negativa de saúde para os adolescentes de todas as regiões do país, fica comprometida. Isso reforça a escassez de informações sobre a percepção de saúde em adolescentes brasileiros da região Nordeste do Brasil, sobretudo quanto à análise de fatores associados a esse desfecho. Este estudo é um dos primeiros, se não o primeiro, a determinar a prevalência de percepção negativa de saúde e analisar sua relação com fatores sociodemográficos, nível de atividade física e estado nutricional em adolescentes da região Nordeste do Brasil.

Na adolescência, que é um período caracterizado por bons níveis de saúde, perceber a saúde de forma negativa pode ter um grande significado do ponto de vista de saúde pública<sup>(1)</sup>. É possível que a proporção relativamente elevada de adolescentes que têm percebido sua saúde de forma negativa possa estar relacionada à elevada exposição destes a comportamentos de risco à saúde, como baixos níveis de atividade física, hábitos alimentares inadequados, consumo abusivo de bebidas alcoólicas, drogas ilícitas, e outros fatores de risco como excesso de peso e dislipidemias<sup>(11-13)</sup>. Topolski *et al.*<sup>(14)</sup>, em estudo com adolescentes norte-americanos, observaram uma relação inversa entre a presença de fatores de risco à saúde e os níveis de qualidade de vida.

Informações sobre a percepção de saúde de adolescentes podem ser utilizadas como ferramenta de avaliação e monitoramento dos níveis de saúde desse grupo populacional, elas também permitem identificar subgrupos de risco e os fatores que podem comprometer os níveis de saúde nessa população. O objetivo deste estudo foi determinar a prevalência e analisar fatores associados à percepção negativa de saúde em adolescentes no Nordeste do Brasil.

## MÉTODOS

Trata-se de um estudo epidemiológico transversal inserido num levantamento maior realizado em amostra represen-

tativa de adolescentes do ensino médio, de escolas públicas e privadas, no município de João Pessoa - PB, Nordeste do Brasil. O estudo "Nível de atividade física e fatores associados em adolescentes do ensino médio na cidade de João Pessoa - PB: uma abordagem ecológica" foi realizado no ano de 2009, com intuito de determinar o nível de prática de atividade física e analisar fatores associados em adolescentes.

Os seguintes parâmetros foram considerados para o cálculo de tamanho da amostra: prevalência estimada de 50% ( $\geq 300$  minutos por semana de atividade física); erro máximo aceitável de três pontos percentuais; nível de confiança de 95%; efeito do desenho (*deff*) igual a dois; acréscimo de 30% para perdas e recusas. Isto resultou em uma amostra de tamanho  $n = 2686$  escolares.

A amostra foi selecionada por conglomerados em dois estágios (1º escolas; 2º turmas), com probabilidade proporcional ao tamanho (número de alunos matriculados). No primeiro estágio, foram selecionadas sistematicamente 30 escolas, sendo 16 públicas e 14 privadas, distribuídas proporcionalmente nas quatro regiões do município (norte, sul, leste e oeste). No segundo estágio, foram selecionadas aleatoriamente 135 turmas, distribuídas proporcionalmente por série (1ª, 2ª e 3ª séries) e turno (diurno [manhã/tarde] e noturno) do ensino médio.

Inicialmente foram selecionados 3477 escolares para participar do estudo. Destes, 70 (2,0%) não foram autorizados por pai/mãe/responsável ou não aceitaram participar do estudo e 187 (5,4%) não estavam presentes na escola no dia da coleta de dados. Dos 3220 adolescentes que responderam ao questionário, 361 (10,4%) foram excluídos (336 tinham  $< 14$  ou  $> 19$  anos de idade; 20 não forneceram informações importantes, como sexo, idade, comportamento sedentário; e cinco tinham alguma limitação física ou mental). Ao final, foram incluídos no estudo 2859 adolescentes de 14 a 19 anos de idade. Cálculos realizados *a posteriori* demonstraram que essa amostra tem poder de 80% ( $\beta = 20\%$  e  $\alpha = 5\%$ ) para detectar como significativas razões de *odds* iguais ou superiores a 1,40.

A coleta de dados ocorreu entre maio e setembro de 2009, sendo realizada por equipe treinada e que passou por um estudo piloto. O questionário foi preenchido pelos próprios adolescentes, em sala de aula, no horário regular, seguindo instruções prévias fornecidas pela equipe de coleta de dados. Para reduzir o número de perdas, o questionário foi aplicado de terça a quinta-feira e no segundo horário de aula.

As variáveis sociodemográficas foram mensuradas por meio de questões pré-codificadas que abrangiam sexo (masculino e feminino), idade (determinada de forma centesimal: diferença entre a data de nascimento e a data da coleta de dados), escolaridade do pai e da mãe (fundamental incompleto, fundamental completo, médio incompleto, médio completo, superior incompleto e superior completo), classe econômica (critérios sugeridos pela Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa - ABEP<sup>(15)</sup>, que leva em consideração a presença de bens materiais e o número de empregados mensalistas na residência, e a escolaridade do chefe da família, agrupando as pessoas nas seguintes classes econômicas: A1, A2 [alta], B1, B2, C1, C2, D e E [baixa]) e cor da pele (determinada pelo próprio adolescente, considerando as categorias parda, preta, branca, amarela e indígena - posteriormente agrupadas em branca e não branca [parda, preta, amarela e indígena]).

A medida de comportamento sedentário consistiu em perguntas sobre o tempo que o adolescente passava assistindo à televisão, separadamente para dias de semana (segunda a sexta-feira) e do fim de semana (sábado/domingo). Para análise final, efetuou-se o cálculo de média ponderada, com

base no somatório da multiplicação da quantidade de horas por dia assistindo à televisão em dias de semana por cinco e por dois para dia de fim de semana, dividindo o resultado por sete para se obter o número médio de horas por dia que os adolescentes despendiam assistindo à televisão. Essa variável foi categorizada da seguinte forma:  $\leq 2\text{h}/\text{dia}$  e  $> 2\text{h}/\text{dia}$  assistindo à televisão.

O estado nutricional foi avaliado por meio do índice de massa corporal (IMC= massa corporal [kg] / estatura [ $\text{m}^2$ ]), baseado em medidas autorreferidas de massa corporal e estatura. O excesso de peso corporal (sobrepeso + obesidade) foi definido com base nos critérios sugeridos por Cole *et al.*<sup>(16)</sup>.

A medida de atividade física foi efetuada por questionário previamente adaptado às características da população-alvo do estudo e testado em uma amostra que não participou do estudo principal (reprodutibilidade: CCI= 0,88; IC95%: 0,84-0,91; validade: comparou-se a medida de atividade física do questionário com a medida de quatro recordatórios de 24 horas de atividades físicas – Spearman's rho= 0,62;  $p < 0,001$ ; kappa= 0,59).

Os adolescentes referiram a frequência (dias/semana) e a duração (horas/minutos) das atividades físicas praticadas na semana anterior à aplicação do questionário, considerando uma lista contendo 24 atividades moderadas a vigorosas, com possibilidade de os adolescentes acrescentarem mais duas atividades. Foram consideradas apenas as atividades físicas praticadas por 10 minutos ou mais por dia. Determinou-se o nível de atividade física somando os produtos do tempo pelas frequências de prática, resultado num escore em minutos por semana. Adolescentes que referiram não ter praticado atividades físicas na semana anterior foram classificados como "inativos", os que praticaram de 10 a 299 minutos foram classificados como "insuficientemente ativos" e os demais como "suficientemente ativos".

A percepção de saúde foi operacionalizada pela questão "Como você classifica o seu estado de saúde?". A escala de resposta continha cinco categorias: ruim, regular, bom, muito bom e excelente. Os adolescentes foram orientados a efetuar uma avaliação global do seu estado de saúde, não se limitando a considerar problemas pontuais como gripe, resfriado, dor de cabeça, lesão momentânea. Para fins de análise, as categorias de respostas foram agrupadas em percepção negativa (ruim e regular) e positiva de saúde (bom, muito bom e excelente). A medida de percepção de saúde utilizada neste estudo demonstrou níveis aceitáveis de reprodutibilidade teste-reteste (kappa=0,68; IC95%: 0,50-0,79) e tem sido utilizada em estudos com adolescentes<sup>(1, 5)</sup>.

O teste do Qui-quadrado para heterogeneidade e tendência linear foi utilizado para comparar a proporção de adolescentes com percepção negativa de saúde em função das categorias das variáveis independentes.

A regressão logística binária foi utilizada para avaliar a associação bruta e ajustada entre percepção de saúde (percepção positiva= 0 e percepção negativa de saúde= 1) e as variáveis independentes. As análises foram estratificadas por sexo, tendo em vista que essa variável apresentou interação com cor da pele e grau de escolaridade do pai e da mãe.

A análise multivariável seguiu um modelo hierárquico composto de dois níveis. No primeiro nível, foram introduzidas as variáveis sociodemográficas (idade, cor da pele, classe econômica, escolaridade do pai e da mãe). No segundo nível de análise, foram introduzidas as variáveis comportamento sedentário, nível de prática de atividade física e estado nutricional. Todas as variáveis foram consideradas para a elaboração

do modelo ajustado, permanecendo aquelas que apresentaram valor de  $p < 0,20$ . Foram consideradas fatores associados à percepção negativa de saúde as variáveis com valor  $p < 0,05$ .

Os dados foram digitados no programa EpiData 3.1, seguindo um processo de dupla digitação, com checagem automática de consistência e amplitude dos valores das respostas de cada variável. A ferramenta "validar dupla digitação" deste programa foi utilizada para identificar possíveis erros de digitação. As análises estatísticas foram realizadas no Stata 11.0, considerando a estratégia de seleção da amostra (opção *svy*). O nível de significância adotado foi 5% para testes bicaudais.

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal da Paraíba (protocolo 0062/2009). Todos os adolescentes <18 anos de idade receberam autorização dos pais ou responsáveis para participar do estudo.

## RESULTADOS

A amostra final do estudo foi composta por 2859 adolescentes (perdas, recusas e exclusões totalizaram 17,8% dos casos), com idade média de 16,5 anos (DP = 1,2), sendo 57,8% do sexo feminino. A maioria dos adolescentes tinha entre 14 e 17 anos de idade (60,7%), cor da pele parda (52,2%) e pertencia às classes econômicas C, D e E (54,2%) (tabela 1).

Verificou-se que aproximadamente 27% dos adolescentes passavam mais de duas horas por dia em frente à televisão. Praticamente metade (49,8%) dos jovens não praticava 300 minutos ou mais por semana de atividades físicas moderadas a vigorosas, sendo maior no sexo feminino (61,5%) do que no masculino (33,7%;  $p < 0,001$ ) (tabela 1). Em relação ao estado nutricional, 13,2% estavam com excesso de peso corporal, e os rapazes (18,3%) estavam mais expostos do que as moças (9,5%;  $p < 0,01$ ).

A prevalência de percepção negativa de saúde foi de 15,8% (IC95%: 14,5-17,2), e maior entre as moças (19,9%; IC95%: 18,0-21,9) em comparação aos rapazes (10,3%; IC95%: 8,5-12,0) (figura 1). Nas moças, a proporção de percepção negativa de saúde foi maior entre as mais velhas, as que referiram cor da pele não branca, de classes econômicas mais baixas e filhas de mães com menor grau de escolaridade. Em ambos os sexos, a proporção de adolescentes que perceberam sua saúde de forma negativa foi mais frequente entre os que eram filhos de pais com menor grau de escolaridade, os menos ativos fisicamente e com excesso de peso corporal (tabela 2).

Na tabela 3, são apresentados os resultados das análises de regressão logística bruta e ajustada para associação entre percepção de saúde e fatores associados. Na análise bruta, as variáveis que se associaram de forma positiva e significativa com percepção negativa de saúde foram, para as moças, idade, cor da pele e classe econômica; e grau de escolaridade do pai e da mãe, nível de atividade física e estado nutricional para os adolescentes de ambos os sexos. Na análise ajustada, as variáveis que permaneceram associadas à percepção negativa de saúde foram idade e grau de escolaridade da mãe entre as moças, escolaridade dos pais entre os rapazes, e nível de atividade física e estado nutricional entre os adolescentes de ambos os sexos.

## DISCUSSÃO

Este estudo determinou a prevalência de percepção negativa de saúde e analisou fatores associados em adolescentes no Nordeste do Brasil. Em função da população alvo do

estudo, considera-se que a prevalência de percepção negativa de saúde foi elevada, particularmente entre as moças. Adolescentes mais velhos (entre as moças) e cujos pais tinham menor grau de escolaridade eram mais propensos a referir sua saúde de forma negativa. Outro achado importante deste estudo foi

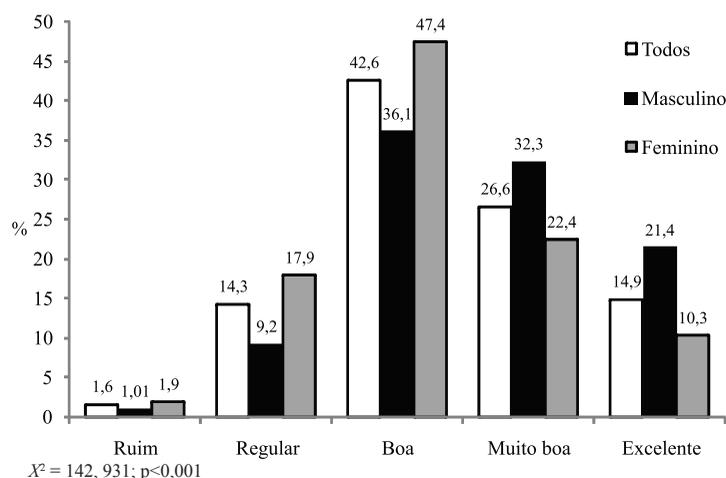
a associação entre menores níveis de prática de atividade física e excesso de peso corporal com percepção negativa de saúde nos adolescentes de ambos os sexos.

Este estudo apresenta aspectos positivos que merecem ser destacados. Foi utilizada uma amostra aleatória de adoles-

**Tabela 1**

**Características da amostra de adolescentes do município João Pessoa, PB, 2009.**

Variável	Masculino		Feminino		Todos	
	n	%	n	%	n	%
Sexo						
Masculino					1206	42,2
Feminino					1653	57,8
Idade (anos)						
14-15	453	37,5	671	40,6	1128	10,7
16-17	612	50,8	817	49,4	1438	50,0
18-19	141	11,7	165	10,0	308	39,3
Cor da pele						
Parda	636	53,1	846	51,4	1491	52,2
Preta	87	7,3	74	4,5	163	5,7
Branca	368	30,7	561	34,1	930	32,5
Outras	107	8,9	165	10,0	275	9,6
Classe econômica						
A (alta)	119	11,3	117	8,0	237	9,3
B	416	39,4	506	34,4	924	36,5
C	446	42,1	717	48,9	1167	46,1
D,E (baixa)	76	7,2	127	8,7	205	8,1
Escolaridade do pai						
Fundamental incompleto	309	26,3	563	35,2	877	31,5
Fundamental completo	233	19,9	279	17,5	514	18,4
Médio completo	402	34,3	491	30,7	895	32,2
Superior completo	229	19,5	266	16,6	497	17,9
Escolaridade da mãe						
Fundamental incompleto	309	25,8	538	32,8	853	30,0
Fundamental completo	221	18,5	315	19,3	538	18,9
Médio completo	399	33,4	502	30,6	906	31,8
Superior completo	266	22,3	283	17,3	550	19,3
Comportamento sedentário (televisão)						
≤ 2h/dia	309	25,8	455	27,7	764	26,8
> 2h/dia	889	74,2	1190	72,3	2079	73,2
Nível de atividade física						
Inativo	127	10,5	373	22,6	500	17,5
Insuficientemente ativo	279	23,1	644	39,0	923	32,3
Suficientemente ativo	800	66,4	636	38,4	1436	50,2
Estado nutricional						
Baixo peso/peso normal	927	81,7	1394	90,5	2321	86,8
Sobrepeso/obesidade	207	18,3	146	9,5	353	13,2



**Figura 1**

**Percepção de saúde em adolescentes do município de João Pessoa, PB, 2009.**

Variáveis	Masculino			Feminino		
	n	%	p	n	%	p
Idade			0,537**			<0,001**
14-15 anos	48	10,9		126	19,1	
16-17 anos	57	9,4		148	18,2	
18-19 anos	17	12,1		51	31,2	
Cor da pele			0,254*			0,009*
Branca	43	11,9		90	16,3	
Não branca	79	9,7		233	21,7	
Classe econômica			0,702**			0,039**
A (alta)	11	9,3		15	13,2	
B	44	10,8		92	18,3	
C	46	10,4		135	19,0	
D,E (baixa)	11	14,5		34	27,4	
Escolaridade do pai			0,004**			0,018**
Fundamental incompleto	45	14,6		133	24,1	
Fundamental completo	26	11,5		50	18,0	
Médio completo	25	6,3		87	17,9	
Superior completo	22	9,8		43	16,4	
Escolaridade da mãe			0,137**			0,007**
Fundamental incompleto	26	13,7		127	23,9	
Fundamental completo	33	9,6		60	19,3	
Médio completo	21	8,4		97	19,5	
Superior completo	42	10,0		38	13,7	
Comportamento sedentário (televisão)			0,680*			0,554*
≤2horas/dia	33	10,9		85	19,1	
>2horas/dia	88	10,0		240	20,4	
Nível de atividade física			<0,001**			<0,001**
Inativo	26	21,0		89	24,3	
Insuficientemente ativo	32	11,9		141	22,1	
Suficientemente ativo	64	8,0		95	15,1	
Estado nutricional			<0,001*			<0,001*
Baixo peso/peso normal	78	8,5		246	17,8	
Sobrepeso/obesidade	37	17,9		60	41,4	

\*Teste do Qui-quadrado para heterogeneidade.

\*\*Teste do Qui-quadrado para tendência linear.

centes do ensino médio, de faixa etária ampla (14-19 anos) e com diferentes características sociodemográficas. Isso contribui para maior capacidade de generalização dos resultados para a população-alvo. Outro ponto positivo foi o baixo número de perdas e recusas. Estes fatores ajudaram a afastar a presença de viés de seleção. Outro ponto forte deste estudo foi ter considerado o procedimento adotado na seleção da amostra nas análises estatísticas, aumentando a precisão das estimativas. A utilização de instrumentos previamente testados e com níveis aceitáveis de reprodutibilidade e validade, aplicados por pessoas treinadas e que seguiram um protocolo uniforme de aplicação dos instrumentos, é outro ponto forte deste estudo. Esses fatores contribuem para aumentar a validade interna do presente estudo.

A prevalência de percepção negativa de saúde nos adolescentes da cidade de João Pessoa foi superior àquela encontrada em adolescentes do estado de Santa Catarina<sup>9</sup> e em estudos internacionais<sup>(17, 18)</sup>, porém inferior à de outros estudos com adolescentes da região Centro-Oeste<sup>(19)</sup> e Sul<sup>(4)</sup> do Brasil e de outros países<sup>(20, 21)</sup>. Uma das prováveis explicações para essas variações na prevalência de percepção negativa de saúde pode estar nas diferenças socioeconômicas, culturais e comportamentais entre os países<sup>(17, 18)</sup> e entre as regiões brasileiras<sup>(3)</sup>. Dados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios revelaram que 10,1% dos adolescentes brasileiros de 14 a 19 anos de idade referiram sua saúde como sendo "regular, ruim ou muito ruim"<sup>(3)</sup>. Embora os resultados não tenham sido estratificados por região (para essa faixa etária), verificou-se maior frequência de percepção negativa de saúde no Nordeste do país<sup>(3)</sup>.

Também é importante considerar as diferenças nas ca-

racterísticas da amostra (faixa etária, sexo, nível socioeconômico) e no instrumento utilizado para mensurar a percepção de saúde. Apesar de a maioria dos estudos sobre esse tema ter utilizado uma única pergunta para operacionalizar a percepção de saúde dos adolescentes, houve estudos que recorreram a questionários complexos que combinam diferentes questões sobre condições de saúde dos adolescentes<sup>(13, 21)</sup>.

A percepção negativa de saúde foi mais frequente entre as moças comparativamente aos rapazes. Essa relação ainda não é clara na literatura, pois alguns estudos relataram maior percepção negativa de saúde entre os rapazes<sup>(5, 10)</sup> e outros entre as moças<sup>(9, 18, 20)</sup>. Diferenças na idade dos adolescentes podem ajudar a explicar parte dessas divergências. A explicação para percepção negativa de saúde mais frequente entre as moças pode estar associada à sensibilidade destas em perceberem alterações fisiológicas<sup>(22)</sup>, ao fato de serem mais atenciosas quanto aos cuidados de saúde (por exemplo, realizar periodicamente exames de rotina) e perceberem a saúde de forma mais global, considerando aspectos físicos, mentais, sociais<sup>(9)</sup>.

Conforme descrito em outros estudos com adolescentes<sup>(17, 21)</sup>, a percepção negativa de saúde foi maior entre os adolescentes mais velhos comparados aos mais novos. Embora seja plausível a relação direta entre idade e percepção negativa de saúde em adultos, não se dispõe de informações no presente estudo para sustentar essa hipótese em relação a adolescentes. Entretanto, acredita-se que, com o aumento da idade, os adolescentes passem a conceber a saúde como um construto que vai além da ausência de doenças. Deve-se considerar também que eles começam a se deparar com uma gama de desafios (por exemplo, sentir-se mais sozinho, de-

Tabela 3

**Análise de regressão logística bruta e ajustada para associação entre percepção negativa de saúde e variáveis sociodemográficas, comportamentais e estado nutricional em adolescentes, João Pessoa, PB, 2009.**

Variáveis	Masculino						Feminino					
	OR*	IC95%	p	OR**	IC95%	p	OR*	IC95%	p	OR**	IC95%	P
Idade												
14-15 anos	1		0,987†				1		0,020†	1		0,018†
16-17 anos	0,85	0,59-1,26					0,95	0,73-1,24		0,93	0,73-1,18	
18-19 anos	1,13	0,63-2,04					1,93	1,31-2,83		1,54	1,10-2,15	
Cor da pele												
Não branca	0,80	0,54-1,18	0,255‡	0,72	0,48-1,07	0,114	1,42	1,09-1,86	0,010‡	1,27	0,94-1,63	0,055‡
Branca	1			1			1			1		
Classe econômica												
A (alta)	1		0,452†				1		0,016†			
B	1,17	0,59-2,35					1,48	0,82-2,67				
C	1,13	0,56-2,25					1,55	0,87-2,75				
D,E (baixa)	1,65	0,68-4,01					2,50	1,27-4,88				
Escolaridade do pai												
Fundamental incompleto	1,57	0,91-2,70	0,006†	1,63	0,94-2,81	0,004	1,62	1,11-2,38	0,0040†			
Fundamental completo	1,19	0,66-2,18		1,24	0,68-2,26		1,12	0,72-1,76				
Médio completo	0,62	0,34-1,13		0,62	0,34-1,13		1,12	0,75-1,67				
Superior completo	1			1			1					
Escolaridade da mãe												
Fundamental incompleto	1,44	0,86-2,42	0,082†				1,98	1,33-2,94	0,001†	1,72	1,14-2,58	0,035†
Fundamental completo	0,96	0,53-1,77					1,50	0,97-2,34		1,43	0,91-2,23	
Médio completo	0,83	0,48-1,42					1,53	1,01-2,29		1,51	1,01-2,28	
Superior completo	1						1			1		
Comportamento sedentário (televisão)												
≤2horas/dia	1		0,680‡				1		0,554‡			
>2horas/dia	0,91	0,60-1,40					1,09	0,82-1,43				
Nível de atividade física												
Inativo	3,03	1,84-5,01	<0,001†	3,29	1,92-5,64	<0,001†	1,80	1,30-2,49	<0,001†	1,75	1,24-2,48	0,001†
Insuficientemente ativo	1,54	0,99-2,42		1,74	1,09-2,78		1,59	1,20-2,13		1,56	1,15-2,12	
Suficientemente ativo	1			1			1			1		
Estado nutricional			<0,001‡			<0,001‡			<0,001‡			<0,001‡
Baixo peso/peso normal	1			1			1			1		
Sobrepeso/obesidade	2,35	1,54-3,60		2,40	1,55-3,72		3,27	2,29-4,68		3,42	2,37-4,94	

\*Análise bruta.

\*\*Análise ajustada para as variáveis do nível de análise anterior ( $p < 0,20$ ) e do mesmo nível.

‡ Teste de heterogeneidade.

† Teste para tendência linear.

OR= odds ratio.

IC95%= intervalo de confiança de 95%.

safo para ser aceito em outros grupos sociais, maior nível de estresse, padrão estético) menos evidentes nas idades iniciais da adolescência.

A relação inversa entre nível socioeconômico, avaliado pelo grau de escolaridade dos pais, e percepção negativa de saúde identificada neste estudo também foi descrita em outros estudos com adolescentes<sup>(5, 9)</sup>. No entanto, há estudos que não confirmaram esses resultados<sup>(21, 23)</sup>. Em parte, essas divergências estão relacionadas à diversidade de métodos empregados na operacionalização do nível socioeconômico (renda, escolaridade dos pais, local de moradia, ocupação profissional dos pais, posse de bens, combinação desses indicadores). Cada indicador socioeconômico se relaciona de maneira particular com os diferentes desfechos de saúde, podendo variar em função do desenvolvimento econômico de cada país e/ou entre regiões de um mesmo país. Para além dessas divergências, a presença de um gradiente socioeconômico na saúde está documentada na literatura<sup>(24)</sup>. Nesse sentido, maior frequência de percepção negativa de saúde nos adolescentes mais pobres pode ser decorrente da maior exposição a fatores adversos à saúde nesse subgrupo, por exemplo, menor acesso a serviços e cuidados com a saúde, falta de saneamento, problemas na alimentação, menores níveis de atividades físicas, maior prevalência de sobrepeso e obesidade, dentre outros fatores de risco.

Diversos comportamentos de risco à saúde como tempo excessivo de comportamento sedentário (televisão, computador, jogos eletrônicos)<sup>(25)</sup>, tabagismo<sup>(5)</sup>, consumo abusivo de bebidas alcoólicas<sup>(4)</sup> e níveis elevados de estresse<sup>(9)</sup> têm-se associado à percepção negativa de saúde em adolescentes. Neste estudo, observou-se que adolescentes que eram fisicamente menos ativos tinham três vezes mais chance de perceber sua saúde de forma negativa comparados aos seus pares fisicamente mais ativos. Estes resultados são semelhantes aos de outros estudos com mesmo grupo populacional<sup>(4, 10, 20, 25)</sup>.

Diferentes mecanismos podem explicar a relação consistentemente observada entre nível de prática de atividade física e percepção de saúde. A realização de atividade física estimula a liberação dos neurotransmissores serotonina e endorfina, que promovem maior sensação de prazer e bem-estar, bem como melhoria da autoestima e autoimagem<sup>(26)</sup>. Isso tende a levar as pessoas a relatarem melhor satisfação com seus níveis de saúde<sup>(25)</sup>. Além disso, jovens fisicamente ativos apresentam menor risco de síndrome metabólica, excesso de peso corporal, dislipidemia, pressão arterial e glicemia elevadas do que aqueles menos ativos<sup>(11)</sup>. Há evidências de que a prática de atividade física pode influenciar positivamente a saúde independentemente de mudanças em outros fatores de risco<sup>(27, 28)</sup>.

No presente estudo, adolescentes com excesso de peso tiveram três vezes mais chance de perceber sua saúde de for-

ma negativa do que aqueles sem excesso de peso. Estes resultados são similares aos que foram encontrados em outros estudos<sup>(17,20)</sup>.

O sobrepeso e a obesidade estão associados a diferentes desfechos adversos de saúde como pressão arterial elevada, dislipidemias, síndrome metabólica e problemas emocionais e sociais<sup>(1, 12, 29)</sup>. Desse modo, especula-se que os adolescentes com excesso de peso corporal já estariam percebendo as implicações negativas sobre a sua saúde produzidas por esse problema nutricional. Outra explicação é a de que os efeitos adversos à saúde causados pelo sobrepeso e pela obesidade são frequentemente veiculados em diferentes meios de comunicação. Em função disso, adolescentes com excesso de peso poderiam ser mais propensos a autoavaliar o seu estado de saúde de forma negativa. Além disso, a aparência física e a imagem corporal podem influenciar a percepção de saúde em adolescentes<sup>(30)</sup>. É na adolescência que os jovens se tornam mais conscientes da sua aparência corporal. Em países tropicais como o Brasil, os adolescentes que se afastam dos "padrões" socialmente determinados são mais vulneráveis à insatisfação com a sua forma corporal, por conseguinte, percebem sua saúde de forma negativa<sup>(30)</sup>.

Este estudo apresenta algumas limitações que devem ser consideradas. Por se tratar de um estudo transversal, não é possível estabelecer uma relação causal entre nível de atividade física, excesso de peso corporal e percepção negativa de saúde. Outra limitação importante deste estudo é a possibilidade de ter ocorrido viés de causalidade reversa, pois não se pode descartar a possibilidade de que adolescentes que apresentam algum problema de saúde sejam menos ativos fisicamente e/ou tenham excesso de peso corporal. Outra limitação está na sua capacidade de extrapolar os resultados encontrados para os adolescentes de 14 a 19 anos que não estavam no sistema escolar. Normalmente, esses adolescentes são mais pobres e estão mais expostos a condições adversas de saúde. Acredita-se que, caso esses adolescentes tivessem feito parte da amostra do presente estudo, as prevalências de percepção negativa de saúde e a magnitude das medidas de associação entre esse desfecho e o nível de prática de atividade física e excesso de peso seriam ainda mais elevadas.

A associação entre baixos níveis de prática de atividade física, excesso de peso corporal e percepção negativa de saúde nos adolescentes de ambos os sexos parece indicar que a exposição a esses dois fatores está comprometendo os níveis de saúde dos adolescentes, reforçando a necessidade de intervenção. Nesse sentido, ações realizadas no âmbito escolar e comunitário com intuito de estimular e dar suporte à adoção de hábitos alimentares saudáveis e à prática de atividades físicas podem influenciar positivamente os níveis de atividade física e o peso corporal dos adolescentes, o que poderá contribuir para melhores níveis de saúde nesse grupo populacional.

### Agradecimentos

À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (Capes), pela bolsa de estudos e pesquisa. À Secretaria de Educação da Paraíba, aos gestores, professores e alunos das escolas que participaram do estudo. Aos estagiários do Curso de Educação Física que fizeram parte da equipe de coleta de dados.

### Contribuições dos autores

G. Mendonça participou da concepção do artigo, revisão de literatura e redação do manuscrito.

J. C. Farias Júnior participou de todas as etapas do estudo,

incluindo concepção do artigo, coleta e análise dos dados e redação do manuscrito.

### REFERÊNCIAS

1. Currie C, Gabhainn SN, Godeau E, *et al.* Inequalities in young people's health: Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) - International report from the 2005/2006 survey. Copenhagen. World Health Organization; 2008.
2. Dachs JNW, Santos APR. Auto-avaliação do estado de saúde no Brasil: análise dos dados da PNAD/2003. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2006;11:887-94.
3. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Um Panorama da Saúde no Brasil: Acesso e utilização dos serviços, condições de saúde e fatores de risco e proteção à saúde 2008. In: *Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios*. Rio de Janeiro. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística; 2008.
4. Loch MR, Possamai CL. Associação entre percepção de saúde e comportamentos relacionados à saúde em adolescentes escolares de Florianópolis, SC. *Ciênc Cuid Saúde*. 2007;6:377-83.
5. Richter M, Erhart M, Vereecken CA, *et al.* The role of behavioural factors in explaining socio-economic differences in adolescent health: a multilevel study in 33 countries. *Soc Sci Med*. 2009;69:396-403.
6. Haugland S, Wold B. Subjective health complaints in adolescence--reliability and validity of survey methods. *J Adolesc*. 2001;24:611-24.
7. Chandola T, Jenkinson C. Validating self-rated health in different ethnic groups. *Ethn Health*. 2000;5:151-9.
8. Idler EL, Benyamini Y. Self-rated health and mortality: a review of twenty-seven community studies. *J Health Soc Behav*. 1997;21:3-7.
9. Sousa TF, Silva KS, Garcia LMT, *et al.* Autoavaliação de saúde e fatores associados em adolescentes do Estado de Santa Catarina, Brasil. *Rev Paul Pediatr*. 2010;28:333-9.
10. Aarnio M, Winter T, Kujala U, Kaprio J. Associations of health related behaviour, social relationships, and health status with persistent physical activity and inactivity: a study of Finnish adolescent twins. *Br J Sports Med*. 2002;36:360.
11. Moreira C, Santos R, Farias Junior JC, *et al.* Metabolic risk factors, physical activity and physical fitness in azorean adolescents: a cross-sectional study. *BMC Public Health*. 2011;11:214.
12. World Health Organization. Global health risks: mortality and burden of disease attributable to selected major risks. Geneva, Switzerland. World Health Organization; 2009.
13. Vancea LA, Barbosa JMV, Menezes AS, *et al.* Associação entre atividade física e percepção de saúde em adolescentes: revisão sistemática. *Rev Bras Ativ Fis Saúde*. 2011;16:246-54.
14. Topolski TD, Patrick DL, Edwards TC, *et al.* Quality of life and health-risk behaviors among adolescents. *J Adolesc Health*. 2001;29:426-35.
15. Associação Brasileira das Empresas de Pesquisa. 2009. Critério de classificação econômica Brasil. <http://www.abep.or>. Acessado em 26 de novembro de 2009.
16. Cole TJ, Bellizzi MC, Flegal KM, Dietz WH. Establishing a standard definition for child overweight and obesity worldwide: international survey. *BMC Public Health*. 2000;320:1240.
17. Vingilis ER, Wade TJ, Seeley JS. Predictors of adolescent self-rated health: analysis of the National Population Health Survey. *Can J Public Health*. 2002;93:193-7.
18. Breidablik HJ, Meland E, Lydersen S. Self-rated health in adolescence: A multifactorial composite. *Scand J Public Health*. 2008;36:12.
19. Souza EM, Abrão FPS, Motta IA, Almeida JO. Autopercepção do estado de saúde: um estudo de prevalência com adolescentes de Ceilândia, Distrito Federal, Brasil. *Comun Ciênc Saúde*. 2006;17:9-15.
20. Erginoz E, Alikasifoglu M, Ercan O, *et al.* Perceived health status in a Turkish adolescent sample: risk and protective factors. *Eur J Pediatr*. 2004;163:485-94.
21. Xu Z, Su H, Zou Y, *et al.* Self rated health of Chinese adolescents: distribution and its associated factors. *Scand J Caring Sci*. 2011.
22. Shadbolt B. Some correlates of self-rated health for Australian women. *Am J Public Health*. 1997;87:951.
23. Mikolajczyk R, Brzoska P, Maier C, *et al.* Factors associated with self-rated health status in university students: a cross-sectional study in three European countries. *BMC Public Health*. 2008;8:215.
24. Farias Júnior JC, Mendes JKF, Barbosa DBM, Lopes AS. Fatores de risco cardiovascular em adolescentes: prevalência e associação com fatores sociodemográficos. *Rev Bras Epidemiol*. 2011;14:50-62.
25. Iannotti RJ, Janssen I, Haug E, *et al.* Interrelationships of adolescent physical activity, screen-based sedentary behaviour, and social and psychological health. *Int J Public Health*. 2009;54:191-8.
26. Fox KR. The influence of physical activity on mental well-being. *Public Health Nutr*. 1999 Sep;2:411-8.
27. Janssen I, LeBlanc AG. Systematic review of the health benefits of physical activity and fitness in school-aged children and youth. *Int J Behav Nutr Phys Act*. 2010;7:40.
28. Strong WB, Malina RM, Blimkie CJR, *et al.* Evidence based physical activity for school-age youth. *J Pediatr*. 2005;146:732-7.
29. Farias Júnior JC, Silva KS. Sobrepeso/obesidade em adolescentes escolares da cidade de João Pessoa-PB: prevalência e associação com fatores demográficos e socioeconômicos. *Rev Bras Med Esporte*. 2008;14:104-8.
30. Meland E, Haugland S, Breidablik HJ. Body image and perceived health in adolescence. *Health Educ Res*. 2007;22:342.