

**Prevalence and the factors associated with adolescents' negative self-perception of health in the Northern region of Brazil**

**| Prevalência e fatores associados à autopercepção negativa de saúde em adolescentes da região Norte do Brasil**

**ABSTRACT | Introduction:** *Negative self-perception of health is considered an important indicator of health status with predictive capacity for disease risk. Objective:* This study aimed to determine prevalence and the factors associated with adolescents' negative self-perception of health in the Northern region of Brazil. **Methods:** This is a cross-sectional epidemiological study with data from 2,517 adolescents (56.1% girls) aged 14 to 19 years living in the state of Amazonas. The variables related to self-perception of health and the other variables (gender, age, school year, family income, mother's schooling, physical activity) were collected through a self-administered questionnaire, as well as measures of body mass and height. The data were analyzed using binary logistic regression. **Results:** The prevalence of negative self-perceived health was 19.3% (95% CI: 17.8-20.6), and it was higher among girls (22.9%; 95% CI: 21.3-24.3) when compared to boys (14.8%, 95% CI: 13.4-16.0). Boys who were physically inactive had a higher risk (RC = 3.98; 95% CI = 1.67-9.51) of displaying negative self-perception of health when compared to those physically active. **Conclusion:** In general, girls had a higher negative self-perception of health in relation to boys. However, physical inactivity was only associated with negative self-perception of health in boys.

**Keywords | Adolescent; Motor activity; Epidemiology.**

**RESUMO | Introdução:** A autopercepção negativa de saúde é considerada um importante indicador de saúde com capacidade preditiva para do risco de doenças. **Objetivo:** Este estudo objetivou estimar a prevalência e analisar os fatores associados à autopercepção negativa de saúde em adolescentes da região Norte do Brasil. **Métodos:** Estudo epidemiológico transversal com dados de 2.517 adolescentes (56,1% de moças) com idade de 14 a 19 anos do Amazonas. As variáveis autopercepção de saúde e as demais variáveis (sexo, faixa etária, ano escolar, renda familiar, escolaridade da mãe, atividade física) foram coletadas mediante questionário autoadministrado, bem como as medidas de massa corporal e estatura. Os dados foram analisados utilizando-se a regressão logística binária. **Resultados:** A prevalência de autopercepção negativa de saúde foi de 19,3% (IC95%:17,8-20,6), sendo superior entre as moças (22,9%; IC95%:21,3-24,3) em comparação com os rapazes (14,8%; IC95%:13,4-16,0). Os rapazes que eram inativos fisicamente apresentaram mais riscos (RC= 3,98; IC95%= 1,67-9,51) de terem uma autopercepção negativa de saúde comparados àqueles ativos fisicamente. **Conclusão:** As moças, em geral, tiveram maior autopercepção negativa de saúde em relação aos rapazes. No entanto, a inatividade física esteve associada apenas à autopercepção negativa de saúde nos rapazes.

**Palavras-chave | Adolescente; Atividade motora; Epidemiologia.**

<sup>1</sup>Universidade do Estado de Santa Catarina, Florianópolis/SC, Brasil.

<sup>2</sup>Universidade Federal do Amazonas, Manaus/AM, Brasil.

<sup>3</sup>Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis/SC, Brasil.

## INTRODUÇÃO |

A autopercepção de saúde é um importante constructo psicossocial que possui capacidade preditiva de mortalidade futura, frequentemente associada com desfechos em saúde<sup>1-5</sup>. Por meio de uma única questão<sup>5</sup>, o entrevistado fornece relevantes informações sobre seu *status* de salubridade, projetando sua visão de bem-estar, considerando aspectos físicos e psicossociais<sup>3</sup>. Os aspectos comportamentais, no entanto, são levados em consideração com menor frequência e, quando a autopercepção de saúde é relatada de forma negativa, tende a refletir comportamentos de riscos à saúde adotados no estilo de vida<sup>5-8</sup>.

Nesse sentido, a adolescência, em particular, tem chamado a atenção de pesquisadores em todo o mundo<sup>3-4,9-10</sup>, incluindo no Brasil<sup>2,11-12</sup>, os quais têm focado na identificação de quais comportamentos de risco adotados por esse público estão associados à autopercepção negativa de saúde. A prática de atividade física, especialmente, tem sido o alvo de diversas investigações<sup>4,7,9-10</sup>, e, no Brasil, pesquisadores têm destacado que o corpo de evidências disponíveis não permite ainda afirmar que a associação entre a autopercepção negativa de saúde e a prática insuficiente de atividade física ocorre, igualmente, como entre aqueles de outros países<sup>7</sup>.

Nessa premissa, é importante enfatizar que o Brasil, em virtude de dimensões continentais, apresenta regiões com diferentes características culturais, econômicas e sociais. Assim, os resultados referentes às prevalências e aos possíveis comportamentos e/ou fatores associados à autopercepção negativa de saúde, como a atividade física, devem ser interpretados com cautela, tendo em vista que esses podem ser característicos de uma região.

Pesquisas regionais, conduzidas com adolescentes brasileiros, especialmente da região Sul, estimaram prevalências de autopercepção negativa de saúde próximas a 15,0%<sup>2,11-17</sup>, enquanto que a *Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar* (PENSE), com dados agrupados de grandes centros brasileiros, estimou a prevalência de 27,0%<sup>18</sup>. Claramente, esses dados sugerem que, em determinadas regiões, pode haver prevalências mais elevadas e, conseqüentemente, os fatores associados entre elas podem não ser os mesmos.

Em relação aos fatores associados à autopercepção negativa de saúde, parece ainda não haver um consenso entre os pesquisadores, os quais têm encontrado resultados diversos<sup>2,11-17</sup>. Estudos prévios observaram que adolescentes

com excesso de peso<sup>2,15</sup>, fisicamente inativos<sup>2,11</sup>, mais velhos<sup>11,14</sup>, de famílias com menor renda<sup>15,17</sup> e filhos de mães com menor escolaridade<sup>11</sup> são mais propensos a terem uma autopercepção negativa de saúde. Destaca-se, dessa forma, que nenhum desses estudos foi realizado com adolescentes da região Norte, a qual suscita uma demanda maior de pesquisas.

O diagnóstico de como os adolescentes autopercebem a saúde pode ajudar a esclarecer como estes se sentem nos aspectos físicos, emocionais e comportamentais e ainda contribuir para a orientação e planejamento de estratégias específicas direcionadas a melhorias das condições de saúde e facilitar seu monitoramento. Ainda, considerando a inexistência de evidências científicas com adolescentes da região Norte, o presente estudo objetivou estimar a prevalência e analisar os fatores associados à autopercepção negativa em adolescentes da região Norte do Brasil.

## MÉTODOS |

Foi realizado um estudo epidemiológico transversal, escolar, em cinco municípios do Amazonas (Manaus, Itacoatiara, São Gabriel da Cachoeira, Presidente Figueiredo, Parintins), no ano de 2011. A escolha das cidades se deu em virtude da dificuldade logística entre as cidades amazonenses; as quais são, em sua maioria, ribeirinhas, o que torna o acesso difícil por causa do relevo característico da região.

A população-alvo do estudo foi de adolescentes de ambos os sexos, de 14 a 19 anos de idade, regularmente matriculados em escolas públicas estaduais do ensino médio das respectivas cidades. Este estudo faz parte do macroestudo “Estilo de Vida e Indicadores de Saúde de Escolares do Ensino Médio do Amazonas”, o qual foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa com Seres Humanos, da Universidade Federal do Amazonas (registro CAAE nº 0302.0.115.000-11).

Em Manaus, a maior cidade do estado em termos populacionais, a seleção da amostra ocorreu da seguinte forma: I) proporcional por distrito educacional (n= 6), considerando todas as escolas; II) estratificado por escolas públicas estaduais, considerando-se o porte: grande: 500 alunos ou mais; médio: de 201 a 499 alunos; e pequeno porte: até 200 alunos; e III) conglomerado de turmas, ano escolar e turno. Partindo deste processo, o convite para

participar da pesquisa foi estendido a todos os presentes no dia da coleta de dados. Nas cidades, Itacoatiara, Parintins e São Gabriel da Cachoeira, foram empregados os estágios II e III em detrimento ao pífio número de escolas. Já na cidade de Presidente Figueiredo, um censo foi realizado nas duas únicas escolas estaduais de ensino médio do município, por meio das quais todos os alunos matriculados foram incluídos.

A amostra total estimada foi de 2.485 estudantes, calculada a partir do número de matrículas regulares no ano de realização da pesquisa (Manaus= 78.498, Itacoatiara= 4.164, São Gabriel da Cachoeira= 768, Presidente Figueiredo= 249, Parintins= 4.863), que foi fornecido pela Secretaria de Educação do Estado. Para tal, considerou-se o nível de confiança de 95%; a prevalência de estimada em 50%; e o erro aceitável de cinco pontos percentuais<sup>19</sup>. Em virtude do processo de conglomerados utilizado na seleção dos participantes, multiplicou-se o tamanho da amostra estimado inicialmente por 1,5 (efeito de *design* amostral-*deff*). Incluiu-se ainda um adicional de 10% para amenizar a ocorrência possíveis perdas e recusas.

O número total de participantes foi de 3,267 (Manaus= 1.413; Itacoatiara= 580; Parintins= 575; Presidente Figueiredo 249; e São Gabriel da Cachoeira= 450). Dos questionários recolhidos, 382 foram considerados perdidos (em detrimento de transtornos sucedidos durante a logística entre as cidades), resultando em amostra final de 2,885 participantes. Em análise *a posteriori*, foi possível detectar razões de risco (RC de 1,98 ou mais) para os expostos, com o poder do teste de 80% e nível de confiança de 95%.

Os dados dos estudantes foram coletados em sala de aula, durante as aulas teóricas de Educação Física, conforme acordo estabelecido com os gestores das escolas. Os estudantes foram informados a respeito da importância da pesquisa e convidados a fazerem parte desta. Para isso, eles receberam um *Termo de Consentimento Livre e Esclarecido*-TCLE para que fosse entregue e assinado por algum responsável, atestando sua participação na pesquisa.

As informações dos estudantes foram coletadas por meio da aplicação do questionário *Comportamentos dos Adolescentes Catarinenses* (COMPAC), o qual foi desenvolvido a partir de questões extraídas do questionário *Global School-Based Student Health Survey*<sup>20</sup>. As questões utilizadas foram testadas em adolescentes da cidade de Florianópolis, apresentando concordância de 90,1% e índice kappa igual a 0,70 para a autopercepção de saúde; e 92,8% e

índice kappa igual a 0,81 para atividade física moderada e vigorosa (dados não publicados).

Durante o preenchimento do questionário, uma equipe de pesquisadores, treinada previamente por Doutores da área da Atividade Física e Saúde, permaneceu em sala para sanar possíveis dúvidas relacionadas ao preenchimento dos questionários. Os estudantes presentes em sala no dia aplicação do questionário foram convidados a fazer parte da pesquisa. No entanto, foram incluídos somente aqueles que entregaram o TCLE assinado por seus pais/responsáveis (para aqueles com idade < 18 anos) ou por eles próprios (idade ≥ 18 anos) e assinaram o Termo de Assentimento.

A autopercepção de saúde (variável dependente) foi investigada por meio da seguinte pergunta: “Em geral, como você considera sua saúde?”, com as seguintes opções para a resposta: excelente, boa, regular, ruim, péssima. Para fins estatísticos e para efeito de comparação com estudos futuros, a autopercepção de saúde foi dicotomizada em positiva (excelente, boa) e negativa (regular, ruim, péssima), conforme estudos prévios<sup>21,16</sup>. O desfecho analisado no presente estudo foi a autopercepção negativa de saúde.

Foram coletadas informações sobre sexo (masculino e feminino); idade (anos completos), agrupada em faixas etárias (14-16 e 17 a 19 anos)<sup>12,17</sup>; ano escolar (primeiro, segundo, ou terceiro ano); escolaridade materna (menos de oito anos de estudos; oito anos de estudo ou mais); e renda familiar mensal, que considerou o salário mínimo de 2011 (R\$ 545,00). Para este último item, os estudantes responderam à seguinte pergunta: “Qual a renda familiar da sua família (mensal)? As opções de respostas foram até dois salários, de três a cinco salários, seis salários ou mais.

A frequência semanal de prática de atividade física foi estimada pela seguinte questão: “Durante uma semana normal (típica), em quantos dias você pratica atividades físicas moderadas e vigorosas (atividade física no lazer, no trabalho e no deslocamento)?”. As opções de respostas variaram de zero a sete dias. A duração das atividades físicas realizadas durante a semana foi verificada pela questão: “Durante uma semana normal (típica), quanto tempo você pratica atividades físicas moderadas a vigorosas (atividade física no lazer, no trabalho e no deslocamento)?”, os itens de respostas foram: a) não pratico; b) Menos de 30 minutos por dia; c) 30 a 59 minutos por dia e d) 60 minutos ou mais por dia. Foram considerados inativos os adolescentes que relataram não praticar atividades físicas; insuficientemente ativos, os que praticaram atividade

físicas com tempo inferior a 60 minutos por dia; e ativos fisicamente, os que atingiram 60 minutos ou mais de atividade física em todos os dias da semana<sup>21</sup>.

O Índice de Massa Corporal (IMC= massa corporal [kg]/estatura[m]<sup>2</sup>) foi estimado por meio de medidas autorreferidas (massa corporal e estatura), recomendadas para uso com adolescentes<sup>22</sup>. O IMC foi classificado (baixo peso, eutrófico, sobrepeso e obesidade) conforme os pontos de corte para sexo e idade, preconizados pela *International Obesity Task Force* (IOTF)<sup>23,24</sup>. Para fins de análises e pela baixa frequência de algumas categorias, optou-se por classificar o *status* do peso corporal em peso normal (baixo peso= 1,9% + eutrófico=63,8%) e excesso de peso (sobrepeso=27,4% + obesidade=6,8%)<sup>2,11</sup>.

Os dados foram analisados por meio de estatística descritiva (distribuição de frequências) e inferencial. Devido a interações, estatisticamente significativas, observadas entre o sexo com outras variáveis, as análises foram estratificadas. Utilizou-se a regressão logística binária (método *enter*) para verificar as possíveis associações entre a autopercepção negativa de saúde e as demais variáveis. Foram conduzidas análises bruta e ajustada, sendo a qualidade do ajuste verificada por meio do teste de *Hosmer-Lemeshow*. Na análise bruta, as associações entre as variáveis independentes

com a autopercepção negativa de saúde foram testadas isoladamente; enquanto, na ajustada, todas as variáveis foram incluídas no modelo, independentemente do valor de *p* na análise bruta. Os dados foram analisados no SPSS (versão 20.0), e o nível de significância adotado foi de 5%.

## RESULTADOS |

Do total de questionários coletados, 368 foram excluídos (por não terem respondido à maioria das questões), resultando em uma amostra final de 2,517 participantes. Dos excluídos, todos tinham 19 anos ou mais, a maioria era sexo masculino (73%), estudava no turno noturno (81%), era de família de até dois salários mínimos (58%), autopercebia a saúde de forma positiva (65%), tinha peso normal (75%) e atendiam recomendações de atividade física (80%).

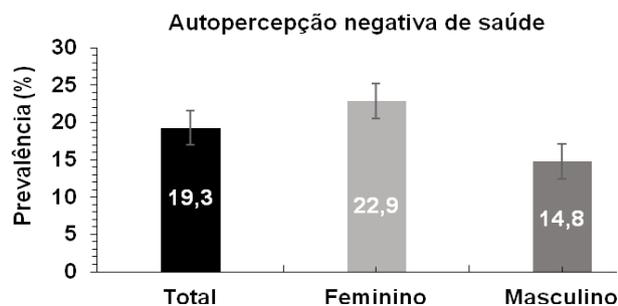
Dos participantes incluídos no presente estudo, a maioria dos adolescentes era do sexo feminino, tinha idade de 17 a 19 anos, cursava o primeiro ano escolar, era de família com renda mensal de até dois salários, filho de mães com menos de oito anos de estudo, insuficientemente ativa e apresentava peso normal (Tabela 1).

Tabela 1 - Características gerais dos participantes do estudo (n= 2.517), Amazonas, 2011

Variáveis	Feminino	Masculino	Total
	n (%)	n (%)	n (%)
<b>Faixa etária (anos)</b>			
14-16	698 (49,5)	512 (46,3)	1,210 (48,1)
17-19	713 (40,5)	594 (53,7)	1,307 (51,9)
<b>Ano escolar</b>			
Primeiro	587 (41,6)	516 (46,7)	1,103 (43,8)
Segundo	531 (37,6)	394 (32,9)	895 (35,6)
Terceiro	293 (20,8)	226 (20,4)	519 (20,6)
<b>Renda familiar (salários)</b>			
Até 2	950 (67,3)	662 (59,9)	1,612 (64,0)
De 3 a 5	377 (26,7)	333 (30,1)	710 (28,2)
Mais de 6	84 (6,0)	111 (10,0)	195 (7,7)
<b>Escolaridade materna</b>			
Menos de oito anos	807 (63,9)	661 (67,4)	1,468 (65,4)
Oito anos ou mais	456 (36,1)	319 (32,6)	775 (34,6)
<b>Atividade física</b>			
Inativo	380 (26,9)	156 (14,1)	536 (21,3)
Insuficientemente ativo	969 (68,7)	836 (75,6)	1,805 (71,7)
Ativo fisicamente	62 (4,4)	114 (10,3)	176 (7,0)
<b>Status do peso</b>			
Peso normal	931 (66,0)	725 (65,6)	1,656 (65,8)
Excesso de peso	480 (34,0)	381 (34,4)	861 (34,2)

A prevalência de autopercepção negativa de saúde nos adolescentes amazonenses foi de 19,3% (IC95%:17,8-20,6), sendo superior entre as moças (22,9%; IC95%:21,3-24,3) em relação aos rapazes (14,8%; IC95%:13,4-16,0) (Figura 1).

Figura 1 - Prevalência de autopercepção negativa de saúde na amostra total e estratificada por sexo, Amazonas, 2011



Na Tabela 2, são apresentados os resultados referentes às análises de regressão logística para a identificação dos fatores associados à autopercepção negativa de saúde, de acordo com o sexo. Na análise bruta, não se observou associações entre variáveis investigadas e o desfecho analisado no sexo feminino, enquanto que entre os rapazes foi observada associação entre a autopercepção negativa e a atividade física. Na análise multivariada, a atividade física permaneceu associada ao desfecho nos rapazes, demonstrando que aqueles que eram inativos apresentaram quase quatro vezes mais riscos (RC = 3,98; IC95%= 1,67-9,51) de terem uma autopercepção negativa de saúde quando comparados àqueles que eram ativos fisicamente.

## DISCUSSÃO

Este estudo é um dos primeiros que estimaram a prevalência de autopercepção negativa de saúde e os fatores associados em adolescentes da região Norte. Os principais resultados do estudo sugerem que a prevalência de autopercepção negativa de saúde foi elevada, sendo maior entre as moças em relação aos rapazes. Outro achado importante do estudo foi que a inatividade física se associou com a autopercepção negativa de saúde apenas nos rapazes.

A prevalência de autopercepção negativa de saúde encontrada no presente estudo com os adolescentes do Amazonas foi superior em relação a outros levantamentos regionais, conduzidos também com adolescentes de estados das regiões como Nordeste<sup>11</sup>, Sul<sup>15,16</sup> e Sudeste<sup>14</sup>, as quais

foram iguais ou menores que 15,8%. Prevalência similar foi observada em inquérito realizado com adolescentes de 43 países da Europa, cuja prevalência esteve em torno de 18%<sup>13</sup>.

Tais diferenças podem estar relacionadas à ausência de padronização de respostas, e ainda à forma como elas são agrupadas<sup>7,25</sup>. Ainda é provável que os adolescentes não tenham dimensão de que a saúde não se trata apenas da ausência de doenças e que também está atrelada aos hábitos comportamentais incorporados no estilo de vida<sup>15</sup>. Compreender a saúde desse modo pode favorecer um senso crítico a respeito da qualidade dos serviços de saúde públicos locais e, conseqüentemente, refletir na autopercepção negativa de saúde. Estudos anteriores relataram que adolescentes de famílias com menor condição econômica estão mais propensos à autopercepção negativa de saúde<sup>15,17</sup>, levando a crer que a prevalência encontrada neste estudo pode ter sido impulsionada por essa condição, visto que quase 2/3 dos participantes eram de famílias com menor renda, mesmo não sendo observada a associação entre a renda familiar e autopercepção negativa de saúde.

A prevalência de autopercepção negativa de saúde foi superior entre as moças em relação aos rapazes. Esse resultado corrobora dados do levantamento nacional conduzido em adolescentes de grandes centros<sup>18</sup>, de outros estudos brasileiros de abrangências regionais<sup>2,11,16</sup> e de países como a Noruega<sup>9</sup> e Finlândia<sup>26</sup>. Essa diferença entre os sexos pode estar relacionada ao fato de as moças iniciarem mais cedo as consultas preventivas voltadas especialmente ao diagnóstico precoce de doenças, contrariamente aos meninos que utilizam em menor proporção os serviços de saúde<sup>2</sup>. Supõe-se ainda que as moças, por serem mais preocupadas e instruídas em relação à saúde, sejam mais criteriosas ao considerarem a saúde como um constructo único e venham a considerá-la como uma necessidade que engloba diferentes aspectos biopsicossociais<sup>27</sup>.

Os adolescentes inativos fisicamente do sexo masculino apresentaram quase quatro vezes mais riscos de perceberem a saúde de forma negativa, quando comparados àqueles que eram ativos fisicamente. Este resultado vai ao encontro dos achados de uma revisão sistemática conduzida com dados de 103.655 adolescentes de diferentes países, com exceção do Brasil, a qual destacou essa associação<sup>7</sup>. No Brasil, especificamente, alguns estudos com adolescentes também detectaram resultados similares à associação encontrada<sup>2,11-12</sup>.

Tabela 2 - Fatores associados à autopercepção negativa de saúde de acordo com o sexo, Amazonas, 2011

Variáveis	Feminino			Masculino		
	Prevalência n (%)	RC Bruta (IC95%)	RC Ajustada* (IC95%)	Prevalência n (%)	RC Bruta (IC95%)	RC Ajustada* (IC95%)
<b>Faixa etária (anos)</b>						
17-19	171 (24,1)	0,87 (0,68-1,11)	0,92 (0,66-1,25)	97 (16,3)	1,30 (0,93-1,82)	0,94 (0,62-1,42)
14-16	151 (21,6)	1	1	67 (13,1)	1	1
<b>Ano escolar</b>						
Primeiro	122 (20,8)	1,17 (0,84-1,64)	1,29 (0,88-1,89)	65 (12,6)	1,54 (1,00-2,36)	0,91 (0,55-1,50)
Segundo	135 (25,4)	0,90 (0,64-1,27)	0,94 (0,62-1,43)	58 (15,9)	1,32 (0,90-1,93)	0,63 (0,37-1,08)
Terceiro	66 (22,5)	1	1	41 (18,1)	1	1
<b>Renda familiar (salários)</b>						
Até 2	196 (20,6)	1,49 (0,85-2,63)	1,22 (0,62-2,36)	94 (14,2)	1,05 (0,58-1,90)	1,30 (0,61-2,79)
De 3 a 5	109 (28,9)	0,95 (0,55-1,64)	0,82 (0,43-1,53)	53 (15,9)	0,92 (0,52-1,60)	1,19 (0,58-2,42)
Mais de 6	18 (21,4)	1	1	17 (15,3)	1	1
<b>Escolaridade Materna</b>						
Menos de oito anos	184 (22,8)	1,08 (0,81-1,42)	1,08 (0,81-1,44)	98 (14,8)	1,12 (0,76-1,64)	1,18 (0,79-1,75)
Oito anos ou mais	98 (21,5)	1	1	43 (13,5)	1	1
<b>Atividade Física</b>						
Inativo	102 (26,8)	1,26 (0,67-2,38)	1,24 (0,63-2,42)	41 (26,3)	3,71 (1,77-7,77)	<b>3,98 (1,67-9,51)</b>
Insuficientemente ativo	207 (21,4)	0,93 (0,50-1,72)	0,89 (0,46-1,70)	113 (13,5)	1,63 (0,83-3,20)	2,01 (0,90-4,48)
Ativo fisicamente	14 (22,6)	1	1	10 (8,8)	1	1
<b>Status do peso</b>						
Excesso de peso	115 (24,0)	1,10 (0,84-1,42)	1,04 (0,79-1,38)	55 (14,5)	0,95 (0,67-1,35)	0,91 (0,62-1,34)
Peso normal	208 (22,3)	1	1	109 (15,0)	1	1

n: frequência absoluta; %: frequência relativa; RC: razão de chance; IC 95%: intervalo de confiança de 95%. Informações em negrito representam significância estatística (p<0,05).  
\*Análise ajustada por todas as variáveis independentemente do valor de p da análise bruta. Teste de Hosmer-Lemeshow (moças): p = 0,640; graus de liberdade = 8. Teste de Hosmer-Lemeshow (masculino): p = 0,896; graus de liberdade = 8.

Esta associação pode estar atrelada aos mecanismos fisiológicos alcançados por meio da atividade física regular, como a liberação de endorfinas, que têm a capacidade de reduzir sensações de estresse e repercutem positivamente na saúde mental, ao ponto de proporcionar uma autopercepção mais positiva de saúde<sup>7,28</sup>. Além disso, a atividade física pode resultar em efeitos benéficos em aspectos sociais e na saúde mental, melhorando a concentração, memória, autoestima e humor<sup>29</sup>. Assim, aqueles rapazes que não realizam atividades físicas podem não usufruir desses benefícios, reforçando a ideia de que sua saúde talvez esteja comprometida.

Entre as limitações do presente estudo, destaca-se, inicialmente, o delineamento transversal empregado, que não permite estabelecer relação de causa-efeito às variáveis investigadas. No entanto, são importantes por descreverem variáveis e suas distribuições, sendo uma importante fonte de informações sobre a saúde da população, além de gerarem hipóteses para estudos futuros de intervenção. A utilização das medidas autorrelatadas podem não gerar estimativas precisas das variáveis investigadas em razão do viés de memória e até mesmo por causa da possibilidade de incompreensão de algumas questões. Porém, o uso de tais medidas é útil para estudos epidemiológicos com grandes amostras, além de serem mais práticos e baratos. Por fim, é possível que, na análise multivariada, ao serem inseridas outras variáveis comportamentais ou biológicas, as associações poderiam ter sido modificadas.

Entre os pontos fortes, destaca-se a representatividade da amostra para a população de adolescentes (14-19 anos) de escolas públicas, o que possibilita uma validade externa dos resultados. Os dados da região Norte, especialmente do Estado do Amazonas, merecem ser destacados; tendo em vista que são poucos os estudos conduzidos na região relacionados à atividade física, a qual foi um fator associado ao desfecho investigado. Ressalta-se ainda que os resultados encontrados podem ser úteis para efeito de comparação por estudos futuros, haja vista que a autopercepção de saúde com adolescentes brasileiros é de fato um tema de constante debate<sup>7</sup>.

## CONCLUSÃO |

Conclui-se que a autopercepção negativa de saúde foi elevada em relação a outros congêneres nacionais. As

moças do Amazonas têm uma pior autopercepção de saúde, e a inatividade física se associou a autopercepção negativa de saúde nos rapazes. Esses achados sugerem a importância de trabalhar todos os conceitos de saúde no espaço escolar, reforçando a necessidade da prática de atividade física regular como um comportamento benéfico à saúde. Nesse sentido, a escola, especialmente as aulas de Educação Física voltadas à educação para a saúde, torna-se um ambiente promissor para ampliar as informações sobre os comportamentos saudáveis durante a adolescência.

## REFERÊNCIAS |

1. Jylhä M. What is self-rated health and why does it predict mortality? Towards a unified conceptual model. *Soc Sci Med.* 2009; 69(3):307-16.
2. Cureau FV, Duarte PM, Santos DL, Reichert FF. Autopercepção de saúde em adolescentes: prevalência e associação com fatores de risco cardiovascular. *Rev Bras Ativ Fis Saúde.* 2013; 18(6):750-60.
3. Mosing MA, Cnattingius S, Gatz M, Neiderhiser JM, Pedersen NL. Associations between fetal growth and self-perceived health throughout adulthood: a co-twin control study. *Behav Genet.* 2016; 46(3):457-66.
4. Mota J, Santos RM, Silva P, Aires L, Martins C, Vale S. Associations between self-rated health with cardiorespiratory fitness and obesity status among adolescent girls. *J Physical Act Health.* 2012; 9(3):378-81.
5. Organization for Economic Co-operation and Development [Internet]. Health at a Glance 2015: OECD indicators. Paris: OECD; 2015 [acesso em 22 out 2016]. Disponível em: URL: <[http://www.keepeek.com/Digital-Asset-Management/oecd/social-issues-migration-health/health-at-a-glance-2015\\_health\\_glance-2015-en#.WAv57Y8rLIU#page1](http://www.keepeek.com/Digital-Asset-Management/oecd/social-issues-migration-health/health-at-a-glance-2015_health_glance-2015-en#.WAv57Y8rLIU#page1)>.
6. Bachmann JM, Goggins KM, Nwosu SK, Schildcrout JS, Kripalani S, Wallston KA. Perceived health competence predicts health behavior and health-related quality of life in patients with cardiovascular disease. *Patient Educ Couns.* 2016; 99(12):2071-9.

7. Vancea LA, Barbosa JMV, Menezes AS, Santos CM, Barros MGV. Associação entre atividade física e percepção de saúde em adolescentes: revisão sistemática. *Rev Bras Ativ Fis Saúde*. 2011; 16(3):246-54.
8. Walker LO, Xie B, Hendrickson SG, Sterling BS. Behavioral and psychosocial health of new mothers and associations with contextual factors and perceived health. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs*. 2016; 45(1):3-16.
9. Breidablik HJ, Meland E, Lydersen S. Self-rated health during adolescence: stability and predictors of change (Young-HUNT study, Norway). *Eur J Public Health*. 2009; 19(1):73-8.
10. Elinder LS, Sundblom E, Rosendahl KI. Low physical activity is a predictor of thinness and low self-rated health: gender differences in a Swedish cohort. *J Adolesc Health*. 2011; 48(5):481-6.
11. Mendonça G, Farias Júnior JC. Percepção de saúde e fatores associados em adolescentes. *Rev Bras Ativ Fis Saúde*. 2013; 17(3):174-80.
12. Barbosa Filho VC, Silva KS, Rech CR, Brito ALS, Oliveira ESA, Nahas MV. Changes in lifestyle and self-rated health among high school students: a prospective analysis of the “Saúde na Boa” project. *Rev Bras Cineantropom Desempenho Hum*. 2014; 16(Suppl 1):55-67.
13. Currie C, Zanotti C, Morgan A, Currie D, Looze M, Roberts C, et al, editores. Social determinants of health and well-being among young people. Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) study: international report from the 2009/2010 survey. Copenhagen OMS; 2012.
14. Meireles AL, Xavier CC, Souza Andrade AC, Proietti FA, Caiaffa WT. Self-rated health among urban adolescents: the roles of age, gender, and their associated factors. *PLoS ONE*. 2015; 10(7):e0132254.
15. Reichert FF, Loch MR, Capilheira MF. Self-reported health status in adolescents, adults and the elderly. *Ciênc Saúde Colet*. 2012; 17(12):3353-62.
16. Sousa TF, Silva KS, Garcia LMT, Del Duca GF, Oliveira ESA, Nahas MV. Autoavaliação de saúde e fatores associados em adolescentes do Estado de Santa Catarina, Brasil. *Rev Paul Pediatr*. 2010; 28(4):333-9.
17. World Health Organization. Health behavior in school-aged children: international report from the 2005/2006 survey. Scotland 2008.
18. Instituto Brasileiro de Geografia Estatística [Internet]. Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar. Rio de Janeiro: IBGE; 2015 [acesso em 19 out 2016]. Disponível em: URL: <<http://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv97870.pdf>>.
19. Luiz RR, Magnanini MMF. A lógica da determinação do tamanho da amostra em investigações epidemiológicas. *Cad Saúde Coletiva*. 2000; 8(2):9-28.
20. Silva KS, Lopes AS, Hoefelmann LP, Cabral LGA, Bem MFL, Barros MGV, et al. Projeto CompAC (comportamento dos adolescentes catarinenses): aspectos metodológicos, operacionais e éticos. *Rev Bras Cineantropom Desempenho Hum*. 2013; 15(1):1-15.
21. Organização Mundial de Saúde [Internet]. Global recommendations on physical activity for health. Genebra: OMS; 2010 [acesso em 21 out 2016]. Disponível em: URL: <[http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44399/1/9789241599979\\_eng.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44399/1/9789241599979_eng.pdf)>.
22. Farias Júnior JC. Validade das medidas auto-referidas de peso e estatura para o diagnóstico do estado nutricional de adolescentes. *Rev Bras Saúde Mater Infant*. 2007; 7(2):167-74.
23. Cole TJ, Bellizzi MC, Flegal KM, Dietz WH. Establishing a standard definition for child overweight and obesity worldwide: international survey. *BMJ*. 2000; 320(7244):1240-43.
24. Cole TJ, Flegal KM, Nicholls D, Jackson AA. Body mass index cut offs to define thinness in children and adolescents: international survey. *BMJ*. 2007; 335(7612):194.
25. Peres MA, Masiero AV, Longo GZ, Rocha GC, Matos IB, Najnie K, et al. Self-rated health among adults in Southern Brazil. *Rev Saúde Pública*. 2010; 44(5):901-11.
26. Kantamaa MT, Stamatakis E, Kankaanpää A, Kajantie E, Taanila A, Tammelin T. Associations of physical activity and sedentary behavior with adolescent academic achievement. *J Res Adolesc*. 2016; 26(3):432-42.

27. Currie C, Gabbainn SN, Godeau E, Roberts C, Smith R, Currie D, et al. Inequalities in young people's health: Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) - International report from the 2005/2006 survey. Copenhagen: OMS; 2008.

28. Lourenço CLM, Sousa TF, Nahas MV. Prática de atividades físicas no lazer como discriminador da autoavaliação positiva de saúde. *Arq Cien Esportes* 2014; 2(1):33-6.

29. Meneghini V, Barbosa AR, Melo ALSF, Bonetti A, Guimarães AV. Percepção de adultos mais velhos quanto à participação em programa de exercício físico com exergames: estudo qualitativo. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2016; 21(4):1033-41.

*Correspondência para/Reprint request to:*

**Andreia Pelegrini**

*Grupo de Estudos e Pesquisa em Cineantropometria,*

*Centro de Ciências da Saúde e do Esporte,*

*Universidade do Estado de Santa Catarina,*

*Rua Pascoal Simone, 358, Coqueiros, Florianópolis/SC, Brasil*

*CEP: 88080-350*

*Tel.: (48) 3664-8695*

*E-mail: andreia.pelegrini@udesc.br*

Submetido em: 28/12/2016

Aceito em: 07/06/2017