

Características associadas à autoavaliação ruim do estado de saúde em adolescentes brasileiros, Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar, 2015

Characteristics associated to a poor self-rated health in Brazilian adolescents, National Adolescent School-based Health Survey, 2015

Deborah Carvalho Malta^I, Max Moura de Oliveira^{II,III}, Isis Eloah Machado^I, Rogério Ruscito Prado^{II}, Sheila Rizzato Stopa^{II,IV}, Claudio Dutra Crespo^V, Ada Ávila Assunção^{VI}

RESUMO: *Introdução:* A autoavaliação de saúde (AAS) é um indicador muito estudado entre adultos e idosos, mas pouco explorado em adolescentes. O objetivo deste estudo foi estimar a prevalência e os fatores associados à autoavaliação ruim do estado de saúde em escolares brasileiros. *Métodos:* Foram analisados dados da Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar (PeNSE), realizada em 2015; as prevalências e os respectivos valores do intervalo de confiança de 95% (IC95%) do indicador autoavaliação ruim do estado de saúde e dos fatores associados foram estimados. Foi realizada a análise de regressão logística múltipla. *Resultados:* Entre os escolares, 7,1% (IC95% 7,0 – 7,3) relataram autoavaliação ruim do estado de saúde. As características sociodemográficas, como sexo feminino, idade de 15 anos ou mais e raça/cor da pele amarela, parda e indígena; os comportamentos de risco de consumo regular de álcool e experimentação de drogas; e as questões relacionadas à saúde física e emocional mantiveram-se positivamente associadas ao desfecho estudado. Escolaridade materna e procurar serviços de saúde foram protetores. *Conclusão:* O impacto dos comportamentos de risco à saúde física e emocional necessitam ser abordados entre os estudantes. A escola apresenta-se como espaço seguro e oportuno para a promoção do estilo de vida saudável.

Palavras-chave: Adolescente. Autoavaliação. Nível de saúde. Inquéritos epidemiológicos.

^IEscola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais – Belo Horizonte (MG), Brasil.

^{II}Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo – São Paulo (SP), Brasil.

^{III}Centro Internacional de Pesquisa, A.C. Camargo Cancer Center – São Paulo (SP), Brasil.

^{IV}Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos não Transmissíveis e Promoção da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Ministério da Saúde – Brasília (DF), Brasil.

^VInstituto Brasileiro de Geografia e Estatística – Rio de Janeiro (RJ), Brasil.

^{VI}Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Minas Gerais – Belo Horizonte (MG), Brasil.

Autor correspondente: Deborah de Carvalho Malta. Avenida Alfredo Balena, 190, Santa Efigênia, CEP: 30130-100, Belo Horizonte, MG, Brasil. E-mail: dcmalta@uol.com.br

Conflito de interesses: nada a declarar – **Fonte de financiamento:** Ministério da Saúde e Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística.

ABSTRACT: Introduction: Health self-assessment (HSA) is a widely studied indicator among adults and the elderly, but not often explored in adolescents. This study aimed to estimate the prevalence of poor self-rated health in Brazilian schoolchildren and associated factors. **Methods:** Data from the 2015 National Adolescent School-based Health Survey (PeNSE) were analyzed; prevalences and their 95% confidence intervals (95%CI) were estimated for poor self-rated health and associated factors. Multiple logistic regression analysis was performed. **Results:** A total of 7.1% (95%CI 7.0 – 7.3) of the schoolchildren reported a poor self-assessed health status. Sociodemographic characteristics, such as female gender, 15 years of age or older, yellow, brown and indigenous race/skin color; risk behaviors such as regular alcohol consumption and drug experimentation, and issues related to physical and emotional health remained positively associated with the outcome studied. Protective factors identified were maternal schooling and demand for health services. **Conclusion:** The impact of risky behaviors on physical and emotional health need to be addressed among students. The school presents itself as a safe and opportune space for promoting a healthy lifestyle.

Keywords: Adolescent. Self-Assessment. Health status. Health surveys.

INTRODUÇÃO

A autoavaliação de saúde (AAS) sumariza de forma objetiva as expectativas dos indivíduos quanto à sua saúde e inclui as dimensões biológica, psicológica e social¹. Trata-se de um indicador simples medido por uma questão que expressa a percepção do indivíduo sobre sua saúde, mensurada por uma escala de cinco pontos: muito bom, bom, regular, ruim e muito ruim². A AAS, utilizada desde os anos 1970^{3,4}, é útil no diagnóstico do estado de saúde de populações, além de ser um meio de baixo custo para aplicação em serviços e inquéritos de saúde⁵⁻⁸.

Diversos estudos apontam elevada concordância desse indicador com o estado de saúde^{5,6}, assim como em desfechos relacionados à morbidade⁹ e à mortalidade^{3,4}. A literatura evidencia diversos fatores que influenciam a autoavaliação de saúde, dentre eles: os sociodemográficos, como sexo, idade, escolaridade e renda^{10,11}, os comportamentais e de estilo de vida^{5,7}, bem como os relacionados à saúde mental⁵ e à presença de morbidade¹².

No Brasil, há diversos estudos sobre AAS representativos da população adulta e idosa, como os que utilizaram dados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD)¹³, do Sistema de Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (VIGITEL)⁵ e da Pesquisa Nacional de Saúde (PNS)¹⁴.

Existem análises internacionais sobre AAS em adolescentes^{15,16}; mas, no Brasil, os estudos ainda são escassos e sem abrangência nacional¹⁷. Publicações prévias sobre o tema verificaram resultados semelhantes aos encontrados entre adultos, apontando que a AAS constitui um bom instrumento para o monitoramento da saúde nesse público, em especial quando a avaliação for negativa ou ruim¹⁵⁻¹⁷. Estudos em adolescentes identificaram a associação entre a AAS ruim e as famílias de menor renda¹⁵, o uso de bebidas alcoólicas¹⁸, tabaco¹⁶ e drogas ilícitas¹⁹, a menor prática de atividade física²⁰ e a autopercepção negativa de estresse²¹.

Em 2015, a Pesquisa Nacional de Saúde dos Adolescentes (PeNSE) incluiu o tema AAS, possibilitando conhecer aspectos ainda não estudados nacionalmente, com o intuito de apoiar políticas públicas direcionadas ao grupo dos adolescentes. Assim, o objetivo do presente trabalho foi estimar a prevalência e os fatores associados à autoavaliação ruim do estado de saúde em escolares brasileiros.

METODOLOGIA

Este é um estudo transversal utilizando dados da PeNSE de 2015, realizada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), em parceria com o Ministério da Saúde. A amostra de escolares do 9º ano do ensino fundamental foi calculada de modo a estimar parâmetros populacionais em diversos domínios geográficos: cada uma das 26 unidades da federação, as 26 capitais das unidades da federação e o Distrito Federal, as 5 macrorregiões geográficas e o total do Brasil²².

Participaram do inquérito 102.301 alunos matriculados no 9º ano do ensino fundamental, distribuídos em 3.040 escolas e 4.159 turmas em todo o país. Considerando os escolares matriculados e não respondentes, a perda amostral foi de cerca de 8,5%. Todos os alunos presentes no dia da coleta nas turmas sorteadas foram convidados a participar da pesquisa²².

A PeNSE constitui a mais ampla pesquisa sobre escolares no país e aborda diversos aspectos sobre a saúde dos adolescentes, como hábitos alimentares, atividade física, uso de substâncias, comportamento familiar, morbidade autorreferida, procura por serviços de saúde. Mais detalhes podem ser consultados em outras publicações²².

Para a presente análise, o desfecho investigado foi avaliação do estado de saúde, por meio da pergunta inserida no questionário de 2015: “Como você classificaria seu estado de saúde?”, com as seguintes opções de resposta: muito bom, bom, regular, ruim e muito ruim. Para a construção da variável investigada, agregaram-se as respostas ruim e muito ruim.

A escolha das variáveis independentes foi baseada em dados da literatura que indicam que pior avaliação do estado de saúde associa-se a fatores sociodemográficos, hábitos e comportamentos, fatores relacionados à saúde mental, situações envolvendo familiares, morbidade e procura por serviços de saúde^{5,7,12,15,16}.

As variáveis independentes são distribuídas em cinco temas, como descrito abaixo. Foram testadas associações com as variáveis do modelo:

1. características sociodemográficas:

- sexo (masculino e feminino);
- idade em anos (≤ 13 , 13, 14, 15 e 16 ou mais);
- raça/cor da pele autodeclarada (branca, preta, parda, amarela e indígena);
- dependência administrativa da escola (pública ou privada); trabalha atualmente (sim ou não); escolaridade da mãe (sem escolaridade, ensino fundamental incompleto/completo, ensino médio incompleto/completo e ensino superior incompleto/completo);

2. características familiares:
 - mora com mãe e/ou pai (sim, não);
 - faz refeição com o responsável (não, 2 vezes ou menos na semana, 3 a 4 vezes semanais, 5 ou mais vezes na semana);
3. comportamentos e hábitos de vida:
 - uso do tabaco nos últimos 30 dias (sim ou não);
 - uso do álcool nos últimos 30 dias (sim ou não);
 - experimentação de drogas na vida (sim, não);
 - ter relação sexual (sim ou não);
 - consumo frequente de frutas (> 5 vezes na semana);
 - consumo frequente de refrigerantes (> 5 vezes na semana);
 - tomar café da manhã regularmente (sim ou não);
 - atividade física diária (sim ou não);
4. saúde mental:
 - sentir-se sozinho (não [nunca, às vezes nos últimos 12 meses] ou sim [na maioria das vezes, sempre nos últimos 12 meses]);
 - relato de insônia (não [nunca, às vezes nos últimos 12 meses] ou sim [na maioria das vezes, sempre nos últimos 12 meses]);
 - ter amigos (não [nenhum] ou sim [1, 2, 3 ou mais amigos]);
5. morbidade e procura por serviços:
 - relato de asma (sim ou não),
 - imagem corporal (magro, normal ou gordo);
 - procurou algum serviço de saúde (sim ou não)
 - faltou à aula por motivo de saúde (não, de 1 a 3 dias, 4 dias ou mais).

Foram descritas as variáveis que caracterizam o comportamento em relação à avaliação de saúde ruim, calculando as prevalências e os seus respectivos valores do intervalo de confiança de 95% (IC95%), segundo as variáveis independentes descritas. Para explorar fatores associados com o desfecho examinado (avaliação ruim do estado de saúde), procedeu-se inicialmente à análise bivariada calculando-se, pela regressão logística, os valores não ajustados de *odds ratio* (OR) com seus respectivos valores do IC95%. Posteriormente, procedeu-se ao modelo de regressão logística multivariada, considerando as variáveis de interesse que apresentaram valor $p < 0,20$ e com base na literatura. No modelo final ajustado (ORa), permaneceram as variáveis estatisticamente significativas com $p < 0,05$.

Nessas análises, a estrutura amostral e os pesos para obtenção de estimativas populacionais foram considerados²². Os dados foram analisados por meio do Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) versão 20.

Os estudantes foram informados sobre a pesquisa, sua livre participação e que poderiam interromper o envolvimento caso não se sentissem à vontade para responder às perguntas. Caso concordassem em participar da pesquisa, os alunos responderiam a um questionário individual, em *smartphone*, sob a supervisão de pesquisadores do IBGE. A PeNSE

está em acordo com as Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisa Envolvendo Seres Humanos e foi aprovada pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisas do Ministério da Saúde (CONEP/MS), sob Certificado de Apresentação para Apreciação Ética (CAAE).

RESULTADOS

A autoavaliação ruim do estado de saúde foi relatada por 7,1% (IC95% 7,0 – 7,3) dos escolares brasileiros. A prevalência foi maior no sexo feminino (7,7%; IC95% 7,5 – 8,0), entre escolares com 16 anos ou mais (9,8%; IC95% 9,2 – 10,4), entre os que trabalham atualmente (8,7%; IC95% 8,3 – 9,2) e pelos filhos de mães sem escolaridade (9,6%; IC95% 8,7 – 10,6). Pior avaliação em escolares de raça/cor da pele amarela (8,9%; IC95% 7,7 – 10,2) e indígena (9,6%; IC95% 8,7 – 10,7, sem diferença entre dependência administrativa da escola (Tabela 1).

A prevalência de autoavaliação do estado de saúde ruim foi maior entre estudantes que: não residem com, pelo menos, um dos pais (9,5%; IC95% 8,8 – 10,4), não realizaram refeições com os pais (14,2%; IC95% 13,2 – 15,2), fizeram uso de tabaco nos últimos 30 dias (12,8%; IC95% 11,9 – 13,7), fizeram uso de álcool nos últimos 30 dias (9,5%; IC95% 9,1 – 9,9), experimentaram drogas (11,8%; IC95% 11,2 – 12,5), tiveram relação sexual (9,7%; IC95% 9,3 – 10,0), consumiram refrigerantes frequentemente (8,5%; IC95% 8,2 – 8,8), não tomam café da manhã (8,6%; IC95% 8,2 – 8,9), sentem-se solitários (12,9%; IC95% 12,4 – 13,4), relataram insônia (14,4%; IC95% 13,7 – 15,0), não possuíam amigos (10,9%; IC95% 10,0 – 11,9), relataram asma (9,6%; IC95% 9,2 – 10,1), se percebiam gordos (10,5%; IC95% 10,1 – 11,0) e faltaram à aula por motivos de saúde, sendo 6,7% (IC95% 6,4 – 7,1) entre os que tiveram de 1 a 3 faltas e 11,8% (IC95% 11,3 – 12,2) entre os que tiveram 4 faltas ou mais. Não foi identificada diferença segundo consumo de fruta frequente, prática de atividade física diária e procura por serviços de saúde (Tabela 1).

Da Tabela 1, constam também as análises dos modelos simples e múltiplo. As características dos estudantes que se mantiveram associadas à AAS ruim após o ajuste por todas as variáveis do modelo foram: sexo feminino (RP: 1,12; IC95% 1,06 – 1,20); ter 15 anos (RP: 1,16; IC95% 1,06 – 1,28) ou 16 anos ou mais (RP: 1,32; IC95% 1,18 – 1,48); raça/cor da pele amarela (RP: 1,44; IC95% 1,26 – 1,64), parda (RP: 1,11; IC95% 1,04 – 1,19) e indígena (RP: 1,44; IC95% 1,25 – 1,67). Trabalho realizado por adolescentes não permaneceu associado na análise múltipla. Em relação às características familiares, maior escolaridade da mãe foi fator protetor [ensinos fundamental (RP: 0,82; IC95% 0,74 – 0,91), médio (RP: 0,80; IC95% 0,71 – 0,89) e superior (RP: 0,72; IC95% 0,65 – 0,81)]; o ato de não realizar refeição com os responsáveis foi positivamente associado à AAS (RP: 1,76; IC95% 1,59 – 1,94). Também mantiveram-se associados à AAS: consumo de álcool nos últimos 30 dias (RP: 1,08; IC95% 1,00 – 1,15), experimentação de drogas (RP: 1,14; IC95% 1,04 – 1,25), ter tido relação sexual (RP: 1,29; IC95% 1,20 – 1,38), consumo de refrigerante frequente (RP: 1,19; IC95% 1,12 – 1,26), atividade física regular (RP: 1,14; IC95% 1,06 – 1,22), sentir-se solitário (RP: 1,51; IC95% 1,40 – 1,62), ter insônia (RP: 1,55; IC95% 1,43 – 1,68), não ter amigos (RP: 1,38; IC95% 1,22 – 1,55), relato de asma (RP: 1,30; IC95% 1,21 – 1,39), perceber-se gordo (RP: 1,42; IC95% 1,31 – 1,54) e

Tabela 1. Avaliação do estado de saúde ruim ou muito ruim, prevalências, *odds ratio* não ajustada, modelo multivariado e respectivos valores do intervalo de confiança de 95% dos fatores associados. Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar, Brasil, 2015.

Variável	Avaliação do estado de saúde ruim ou muito ruim										Valor p
	%	IC95%		OR _{não ajustada}	IC95%		Valor p	OR _{ajustada}	IC95%		
		Inferior	Superior		Inferior	Superior			Inferior	Superior	
Total	7,1	7,0	7,3								
Idade em anos < 13	6,5	4,4	9,4	1,07	0,72	1,61	0,731	1,24	0,80	1,91	0,339
13	6,1	5,6	6,6	1,00				1,00			
14	6,5	6,0	6,9	1,07	1,00	1,15	0,063	0,97	0,90	1,05	0,483
15	8,3	7,7	9,0	1,41	1,30	1,53	< 0,001	1,16	1,06	1,28	0,002
16 ou mais	9,8	9,2	10,4	1,68	1,54	1,84	< 0,001	1,32	1,18	1,48	< 0,001
Sexo											
Masculino	6,5	6,2	6,8	1,00				1,00			
Feminino	7,7	7,5	8,0	1,21	1,15	1,27	< 0,001	1,12	1,06	1,20	< 0,001
Raça/cor											
Branca	6,8	6,1	7,6	1,00				1,00			
Preta	7,1	6,3	8,1	1,05	0,97	1,14	0,198	1,01	0,92	1,11	0,883
Amarela	8,9	7,7	10,2	1,34	1,19	1,50	< 0,001	1,44	1,26	1,64	< 0,001
Parda	7,0	6,3	7,9	1,04	0,98	1,10	0,173	1,11	1,04	1,19	0,001
Indígena	9,6	8,7	10,7	1,46	1,29	1,65	< 0,001	1,44	1,25	1,67	< 0,001
Tipo de escola											
Privada	7,2	6,8	7,7	1,00							
Pública	6,6	6,2	7,0	0,90	0,84	0,97	0,005				
Trabalha atualmente											
Não	6,9	6,5	7,3	1,00							
Sim	8,7	8,3	9,2	1,30	1,22	1,39	< 0,001				
Escolaridade da mãe											
Sem escolaridade	9,6	8,7	10,6	1,00				1,00			
Primário (incompleto/completo)	7,4	6,9	7,9	0,75	0,68	0,83	< 0,001	0,82	0,74	0,91	< 0,001
Secundário (incompleto/completo)	7,2	6,7	7,7	0,73	0,66	0,81	< 0,001	0,80	0,71	0,89	< 0,001
Superior (incompleto/completo)	6,7	6,3	7,1	0,67	0,61	0,75	< 0,001	0,72	0,65	0,81	< 0,001

Continua...

Tabela 1. Continuação.

Variável	Avaliação do estado de saúde ruim ou muito ruim										Valor p
	%	IC95%		OR _{não ajustada}	IC95%		Valor p	OR _{ajustada}	IC95%		
		Inferior	Superior		Inferior	Superior			Inferior	Superior	
Mora com mãe e/ou pai											
Não	9,5	8,8	10,4	1,00							
Sim	7,0	6,8	7,1	0,71	0,65	0,78	< 0,001				
Tomar café da manhã regularmente											
Não	8,6	8,2	8,9	1,00							
Sim	6,3	6,1	6,5	0,72	0,69	0,76	< 0,001				
Faz refeição com o responsável											
Não	14,2	13,2	15,2	2,41	2,23	2,61	< 0,001	1,76	1,59	1,94	< 0,001
2 vezes ou menos na semana	8,0	7,5	8,4	1,26	1,19	1,34	< 0,001	0,99	0,91	1,07	0,736
3 a 4 vezes semanais	6,8	6,0	7,7	1,07	0,94	1,23	0,303	0,91	0,78	1,06	0,207
5 ou mais vezes na semana	6,4	6,2	6,6	1,00				1,00			
Tabaco regular											
Não	6,8	6,3	7,3	1,00							
Sim	12,8	11,9	13,7	2,01	1,85	2,18	< 0,001				
Álcool regular											
Não	6,4	6,1	6,7	1,00				1,00			
Sim	9,5	9,1	9,9	1,54	1,46	1,62	< 0,001	1,08	1,00	1,15	0,038
Experimentação de drogas											
Não	6,7	6,2	7,1	1,00				1,00			
Sim	11,8	11,2	12,5	1,89	1,76	2,02	< 0,001	1,14	1,04	1,25	0,007
Imagem corporal											
Magro	7,0	6,6	7,5	1,00				1,00			
Normal	6,0	5,7	6,4	0,85	0,80	0,90	< 0,001	0,94	0,88	1,01	0,073
Gordo	10,5	10,1	11,0	1,56	1,46	1,67	< 0,001	1,42	1,31	1,54	< 0,001
Consumo de refrigerantes (> 5 vezes na semana)											
Não	6,6	6,3	6,9	1,00				1,00			
Sim	8,5	8,2	8,8	1,31	1,25	1,38	< 0,001	1,19	1,12	1,26	< 0,001

Continua...

Tabela 1. Continuação.

Variável	Avaliação do estado de saúde ruim ou muito ruim										Valor p
	%	IC95%		OR _{não ajustada}	IC95%		Valor p	OR _{ajustada}	IC95%		
		Inferior	Superior		Inferior	Superior			Inferior	Superior	
Consumo de frutas frequente (> 5 vezes na semana)											
Não	7,2	6,9	7,5	1,00							
Sim	6,9	6,7	7,2	0,97	0,92	1,02	0,174				
Atividade física regular											
Não	7,0	6,7	7,4	1,00				1,00			
Sim	7,4	7,0	7,8	1,05	0,99	1,12	0,091	1,14	1,06	1,22	< 0,001
Sentir-se solitário											
Não	6,0	5,7	6,3	1,00				1,00			
Sim	12,9	12,4	13,4	2,32	2,20	2,45	< 0,001	1,51	1,40	1,62	< 0,001
Insônia											
Não	6,2	5,8	6,5	1,00				1,00			
Sim	14,4	13,7	15,0	2,54	2,40	2,70	< 0,001	1,55	1,43	1,68	< 0,001
Amigos											
1 ou mais	6,9	6,3	7,6	1,00				1,00			
Não tenho	10,9	10,0	11,9	1,65	1,50	1,82	< 0,001	1,38	1,22	1,55	< 0,001
Relação sexual											
Não	6,1	5,9	6,4	1,00				1,00			
Sim	9,7	9,3	10,0	1,63	1,55	1,72	< 0,001	1,29	1,20	1,38	< 0,001
Asma											
Não	6,6	6,3	7,0	1,00				1,00			
Sim	9,6	9,2	10,1	1,51	1,42	1,60	< 0,001	1,30	1,21	1,39	< 0,001
Procurou algum serviço de saúde											
Não	7,2	6,9	7,5	1,00				1,00			
Sim	7,0	6,8	7,2	0,97	0,92	1,02	0,200	0,83	0,78	0,88	< 0,001
Faltar à aula por motivo de saúde											
Não	5,6	5,3	6,0	1,00				1,00			
1 a 3 dias	6,7	6,4	7,1	1,21	1,15	1,29	< 0,001	1,28	1,20	1,38	< 0,001
4 ou mais	11,8	11,3	12,2	2,24	2,11	2,38	< 0,001	2,15	1,99	2,32	< 0,001

IC95%: intervalo de confiança de 95%; OR: odds ratio.

faltar à aula por questões de saúde (de 1 a 3 dias [RP: 1,28; IC95% 1,20 – 1,38] e 4 dias ou mais [RP: 2,15; IC95% 1,99 – 2,32]). Ter procurado por serviço de saúde foi fator protetor (RP: 0,83; IC95% 0,78 – 0,88).

DISCUSSÃO

A autoavaliação ruim do estado de saúde foi relatada por 7,1% dos escolares do 9º ano do ensino fundamental. Esse achado foi maior que o estimado para população adulta na PNS de 2013¹⁴. Entretanto, foi menor que em estudo realizado entre escolares do ensino médio de escolas públicas de Santa Catarina, entre 2001 e 2002, no qual a frequência de AAS negativa foi de 14%¹⁷.

As características sociodemográficas associadas à autoavaliação ruim do estado de saúde observadas no presente estudo foram sexo feminino, idade de 15 anos ou mais, raça/cor da pele amarela, parda e indígena. Estudos realizados tanto em adolescentes como em adultos e idosos também identificaram essas diferenças^{5,12-14,17}.

A escolaridade materna, importante *proxy* de renda, evidenciou que quanto menor a escolaridade da mãe, maior a prevalência de autoavaliação do estado de saúde ruim. Esse achado foi relatado em pesquisas realizadas com estudantes de outros países^{15,21}. Adolescentes que informaram não realizar refeição com os responsáveis apresentaram maior prevalência de estado de saúde ruim. O hábito de não realizar refeição com um dos responsáveis tem sido associado a outros desfechos negativos entre adolescentes, tais como o uso de álcool, tabaco e outras drogas²³.

No presente estudo, o consumo de tabaco nos últimos 30 dias não permaneceu associado ao desfecho na análise múltipla, ao contrário do observado em outras pesquisas^{13,16,17,21}. Entretanto, o consumo de álcool e a experimentação de drogas foram identificados como fatores independentes, e esses hábitos nocivos também estiveram associados ao estado de saúde ruim em outros estudos^{18,19}. Essas associações já foram descritas em outros trabalhos utilizando dados de inquéritos realizados com escolares brasileiros²³.

Escolares que relatam realizar atividade física declararam, também, maior prevalência de estado de saúde ruim, ao contrário do observado em estudo entre adolescentes tailandeses que apresentaram menor percepção negativa de saúde ao participar de atividade física vigorosa, de força muscular ou esportiva²⁴. Estudos brasileiros com adolescentes¹⁷ e adultos¹² também verificaram associação entre estado de saúde ruim e sedentarismo, oposto ao aqui identificado. Portanto, a associação aqui encontrada, ainda precisa ser mais investigada, podendo tratar-se de causalidade reversa.

Neste estudo, tanto perceber-se gordo como ter hábitos alimentares negativos (consumo regular de refrigerante e não tomar café da manhã regularmente) mantiveram-se fortemente associados ao desfecho.

Apresentar episódios de insônia e de asma, procurar por serviços de saúde e faltar à aula por motivos relacionados à própria saúde também permaneceram associados à autoavaliação ruim do estado de saúde. Estudos realizados com adultos evidenciaram

que a presença de doenças ou incapacidades esteve associada ao desfecho estudado^{5,12}. Além disso, há de se destacar que, embora a AAS seja importante *proxy* de mortalidade, apresentando elevada confiabilidade, também reflete outros construtos, como bem-estar, satisfação, controle sobre a vida e qualidade de vida²⁵. Assim, sentir-se solitário, ter poucos amigos e prática de atividade sexual nesse grupo tão jovem mostraram associação positiva.

É necessário destacar que esses comportamentos devem ser observados e valorizados, pois o comportamento emocional e a relação interpessoal sugerem a presença de doenças como a depressão, que está associada à percepção ruim do estado de saúde²⁶. Além disso, essas características podem refletir um estado de estresse vivenciado pelos escolares. Em trabalhos realizados com estudantes de Santa Catarina¹⁷ e do Canadá²¹ identificou-se que o nível de estresse também estava associado à autoavaliação ruim do estado de saúde. A adolescência é um período importante de transformações, com aumento das responsabilidades pessoais, bem como exposição a experiências diversas e a novos comportamentos e práticas que podem aumentar o nível de estresse e, conseqüentemente, levar a uma pior avaliação do estado de saúde.

Esta pesquisa tratou dos fatores associados à autoavaliação do estado de saúde dos escolares brasileiros, entretanto é importante ressaltar que, por se tratar de um estudo transversal, causa e efeito são medidos simultaneamente, o que pode levar à causalidade reversa, como possivelmente ocorreu em relação à prática de atividade física.

A amostra da PeNSE é representativa de estudantes e foi realizada no ambiente escolar, o que exclui adolescentes fora da escola, que podem apresentar diferentes perfis de riscos e, até mesmo, subestimar o desfecho estudado²⁷. Também é importante ressaltar que a AAS em adolescentes pode representar a percepção não só da saúde física^{16,21}, como também da saúde emocional, com questões relacionadas ao pessimismo, ao otimismo²⁸ e à autoestima²¹. Por fim, há a possibilidade de outros aspectos, como uso de drogas ilícitas, tabagismo, consumo de bebidas alcoólicas e prática de atividade física, apresentarem sub ou superestimação^{17,29}, interferindo nas associações encontradas.

Este estudo descreveu a autoavaliação ruim do estado de saúde de escolares brasileiros, e reitera-se que é um desfecho pouco explorado no país nesse grupo etário.

CONCLUSÃO

Menos de 10% dos escolares do 9º ano do ensino fundamental autoavaliaram como ruim o próprio estado de saúde. Todavia, essa prevalência foi maior do que a observada em estudos com população adulta brasileira. Além das características sociodemográficas, comportamentos de risco, como o consumo de álcool e drogas, e questões relacionadas à saúde física e emocional estiveram associadas ao desfecho estudado. Os resultados encontrados contribuem para aprimorar o conhecimento sobre questões relacionadas à vida e à saúde dos adolescentes escolares no Brasil. Ainda, podem fornecer aporte para o planejamento de ações de promoção da saúde e prevenção de agravos nessa população.

O espaço da escola deve ser mais explorado para tratar dessas temáticas, pois apresenta-se como seguro e oportuno para a promoção do estilo de vida saudável desses escolares, no intuito de priorizar o acesso à informação e encadear mudanças nos comportamentos relacionados à saúde.

AGRADECIMENTOS

Ao Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), pela bolsa de produtividade e de pós-doutorado; e à Fundação de Amparo à Pesquisa de Minas Gerais (FAPEMIG), pelo apoio do Programa de Pesquisador Mineiro (PPM).

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. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2009.05.013>
2. Layes A, Asada Y, Keparat G. Whiners and deniers – what does self-rated health measure? *Soc Sci Med.* 2012; 75: 1-9. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2011.10.030>
3. Idler TEL, Benyamini Y. Self Rated Mortality: a review of twenty-seven community studies. *J Health Soc Behav.* 1997; 38(1): 21-37.
4. Mossey JM, Shapiro E. Self-rated health: a predictor of mortality among the elderly. *Am J Public Health.* 1982; 72(8): 800-8.
5. Barros MB, Zanchetta LM, Moura EC, Malta DC. Self-rated health and associated factors, Brazil, 2006. *Rev Saúde Pública.* 2009; 43(Supl. 2): 27-37. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102009000900005>
6. 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: 901-11. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102010000500016>
7. Pavão ALB, Werneck GL, Campos MR. Autoavaliação do estado de saúde e a associação com fatores sociodemográficos, hábitos de vida e morbidade na população: um inquérito nacional. *Cad Saúde Pública.* 2013; 29: 723-34. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2013000400010>
8. Pagotto V, Bachion MM, Silveira EA. Autoavaliação da saúde por idosos brasileiros: revisão sistemática da literatura. *Rev Panam Salud Pública* 2013;33:302-10.
9. Svedberg P, Bardage C, Sandin S, Pedersen NL. A prospective study of health, life-style and psychosocial predictors of self-rated health. *Eur J Epidemiol.* 2006; 21: 767-76. <https://doi.org/10.1007/s10654-006-9064-3>
10. Cureau FV, Duarte P, dos Santos DL, Reichert FF. Clustering of risk factors for noncommunicable diseases in Brazilian adolescents: prevalence and correlates. *J Phys Act Health.* 2014; 11(5): 942-9. <https://doi.org/10.1123/jpah.2012-0247>
11. Sentell T, Zhang W, Davis J, Baker KK, Braun KL. The influence of community and individual health literacy on self-reported health status. *J Gen Intern Med.* 2014; 29(2): 298-304. <https://doi.org/10.1007/s11606-013-2638-3>
12. Barreto SM, Figueiredo RC. Doença crônica, autoavaliação de saúde e comportamento de risco: diferença de gênero. *Rev Saúde Pública.* 2009; 43(Supl. 2): 38-47. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102009000900000>
13. Dachs JNW, Santos APRS. Autoavaliação do estado de saúde no Brasil: análise dos dados da PNAD/2003. *Ciênc Saúde Coletiva* 2006; 11: 887-94. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232006000400012>
14. Szwarcwald CL, Damascena GN, Souza Júnior PRB, Almeida WS, Lima LTM, Malta DC, et al. Determinantes da autoavaliação de saúde no Brasil e a influência dos comportamentos saudáveis: resultados da Pesquisa Nacional de Saúde, 2013. *Rev Bras Epidemiol.* 2015; 18(Supl. 2): 33-44. <http://dx.doi.org/10.1590/1980-5497201500060004>
15. Richter M, Erhart M, Vereecken CA, Zambon A, Boyce W, Nic Gabhainn S. 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. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2009.05.023>
16. Breidablik HJ, Meland E, Lydersen S. Self-rated health in adolescence: a multifactorial composite. *Scand J Public Health.* 2008; 36: 12-20. <https://doi.org/10.1177/1403494807085306>

17. Sousa TFS, 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. <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-05822010000400008>
18. Johnson PB, Ritcher L. The relationship between smoking, drinking, and adolescents' self-perceived health and frequency of hospitalization: analyses from the 1997 National Household Survey on Drug Abuse. *J Adolesc Health.* 2002; 30: 175-83.
19. Wade TJ, Vingilis E. The development of self-rated health during adolescence: an exploration of inter – and intra-cohort effects. *Can J Public Health.* 1999; 90: 90-4.
20. Pastor Y, Balaguer I, Pons D, García-Merita M. Testing direct and indirect effects of sports participation on perceived health in Spanish adolescents between 15 and 18 years of age. *J Adolesc.* 2003; 26: 717-3.
21. 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.
22. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar, (PeNSE), 2015. Rio de Janeiro: IBGE; 2015.
23. Malta DC, Campos MO, Prado RR, Andrade SSC, Mello FCM, Dias AJR, et al. Uso de substâncias psicoativas, contexto familiar e saúde mental em adolescentes brasileiros, Pesquisa Nacional de Saúde dos Escolares (PeNSE 2012). *ver Bras Epidemiol.* 2014; (Supl. 1): 46-61. <http://dx.doi.org/10.1590/1809-4503201400050005>
24. Page RM, Suwanteerangkul J. Self-rated health, psychosocial functioning, and health-related behavior among Thai adolescents. *Pediatr Int.* 2009; 51: 120-5. <https://doi.org/10.1111/j.1442-200X.2008.02660.x>
25. Höfelmann DA, Blank N. Auto-avaliação de saúde entre trabalhadores de uma indústria no sul do Brasil. *Rev Saúde Pública.* 2007; 41(5): 777-87. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102007000500012>
26. Molarius AL, Janson S. Self-rated health, chronic diseases, and symptoms among middle-aged and elderly men and women. *J Clin Epidemiol.* 2002; 55(4): 364-70.
27. Oliveira MM, Campos MO, Andreazzi MARD, Malta DC. Características da Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar-PeNSE. *Epidemiol Serv Saúde.* 2017; 26(3): 605-16. <http://dx.doi.org/10.5123/s1679-49742017000300017>
28. Appels A, Bosma H, Grabauskas V, Gostautas A, Sturmans F. Self-rated health and mortality in a Lithuanian and a Dutch population. *Soc Sci Med.* 1996; 42: 681-9.
29. Farias Júnior JC, Mendes JK, Barbosa DB. Associação entre comportamentos de risco à saúde em adolescentes. *Rev Bras Cineantropom Desempenho Hum.* 2007; 9: 250-6.

Recebido em: 02/10/2017

Versão final apresentada em: 01/12/2017

Aprovado em: 04/12/2017

