

# FATORES ASSOCIADOS À SAÚDE POSITIVA AUTORREFERIDA EM JOVENS ATIVOS NA REGIÃO NORDESTE, BRASIL



FACTORS ASSOCIATED WITH SELF-REPORTED POSITIVE HEALTH IN ACTIVE YOUNG  
MEN FROM SERGIPE STATE, BRAZIL

Aldemir Smith-Menezes<sup>1</sup>  
Maria de Fátima da Silva Duarte<sup>2</sup>

1. Instituto Federal de Educação,  
Ciência e Tecnologia de Sergipe/  
Campus Itabaiana - Sergipe, Brasil.  
2. Universidade Federal de Santa  
Catarina/UFSC - Santa Catarina, Brasil.

## Correspondência:

Rua Dr. José Campos de Souza, 14 -  
Conjunto Dom Pedro I -  
Bairro: José Conrado de Araújo -  
49085-160 - Aracaju, SE, Brasil.  
E-mail: aldemirsmith@yahoo.com.br

## RESUMO

**Introdução:** A autoavaliação negativa da saúde parece estar associada a alguns tipos de neoplasias e à mortalidade na população em geral. **Objetivo:** O referido trabalho buscou verificar os fatores associados à autoavaliação positiva da saúde em jovens adultos e ativos. **Materiais e métodos:** A amostra deste estudo, de corte transversal, foi composta por 695 rapazes, retirados da população de jovens, com 18 anos de idade, em processo de alistamento militar. As variáveis do estudo foram: classe socioeconômica, estado civil, escolaridade, trabalho, tabagismo, consumo de álcool, estresse, prática de atividade física habitual e autoavaliação da saúde. Para análise dos dados realizaram-se os testes da razão de verossimilhança e regressão logística hierarquizada. **Resultados:** Verificou-se associação entre autoavaliação positiva da saúde com maior escolaridade (OR = 3,38; IC 95%; 1,83-6,23) e não tabagismo (OR = 3,42; IC 95%; 1,69-6,92). Na análise ajustada para as variáveis sociodemográficas – escolaridade (mais que oito anos de estudo) (OR = 3,05; IC 95%; 1,63-5,73) e não ser fumante (OR = 3,03; IC 95%; 1,47-6,25), permaneceram associados à autoavaliação positiva da saúde. **Conclusão:** Os achados apontam para a necessidade de enfatizar outros fatores comportamentais associados à autoavaliação da saúde em jovens do sexo masculino.

**Palavras-chave:** saúde autorreferida, alistamento militar, homens ativos, Sergipe.

## ABSTRACT

**Introduction:** Self-reported positive health seems to be associated with various factors in the general population. Among active men, the association with such traits seems to be unclear. **Objective:** This work has aimed to verify the factors associated with self-reported positive health in active young men. **Material and Methods:** cross sectional research was carried out with a sample of 695 male conscripts, taken from the male population (age of 18 years), in the mandatory army enlisting process. The study variables were: socioeconomic status, marital status, education, work, smoking, alcohol consumption, stress, regular physical activity practice and self-reported health. In order to analyze the data likelihood, ratio tests were calculated and hierarchical logistic regression analysis applied. **Results:** Association between self-reported positive health and high education –eight or more years (OR=3.38; IC 95%; 1.83-6.23), and non- smoking (OR=3.42; IC 95%; 1.69-6.92) was found. When the analysis was adjusted to social-demographic variables, high education (OR=3.05; IC 95%; 1.63-5.73), and non-smoking (OR=3.03; IC 95%; 1.47-6.25) kept on the model being associated with self-reported positive health. **Conclusion:** Such findings suggest the need to develop intervention strategies in an intersectional and multi-professional manner in the public health departments, related to risk behavior and social factors.

**Keywords:** self-reported health, army enlisting, active men, Sergipe, Brazil.

## INTRODUÇÃO

A análise da autoavaliação da saúde é bastante complexa; entretanto, evidências decorrentes de estudos longitudinais mostram que a autoavaliação negativa da saúde relaciona-se com a mortalidade em geral<sup>1</sup> e em indivíduos com diabetes<sup>2</sup>. Tal relação pode ser potencializada quando combinada com baixos níveis de aptidão física<sup>3</sup>. De maneira similar, alguns fatores demográficos, socioeconômicos e outros relacionados com o estilo de vida estão diretamente associados à autoavaliação da saúde em industriários<sup>4,5</sup>, adultos<sup>6,7</sup> e em idosos<sup>8</sup>, podendo determinar uma percepção positiva ou negativa, o que contribui para

o desenvolvimento de futuras intervenções em diversos subgrupos populacionais<sup>9</sup>. Além disso, a autoavaliação negativa da saúde está associada à maior frequência de doenças crônicas<sup>10</sup>, fumar mais de 20 cigarros/dia, níveis insuficientes de atividades físicas<sup>11,12</sup>, apresentar baixo peso ou obesidade<sup>13</sup>, ser do sexo feminino, ter idade avançada, ter baixo nível educacional e saúde debilitada<sup>14</sup>.

Estudos mostraram que homens fisicamente ativos apresentam melhor autoavaliação da saúde em relação aos insuficientemente ativos<sup>15-17</sup>. Outros apontam a prática regular de atividade física como preditora da autoavaliação positiva da saúde<sup>15</sup>, e, desse modo, acredita-se

que diferentes fatores associados podem potencializar ainda mais o bem-estar de pessoas fisicamente ativas, reforçando a necessidade de realizar pesquisas que mostrem esta relação. No nordeste brasileiro, nota-se uma escassez de estudos sobre a associação de fatores com a autoavaliação da saúde em jovens. Portanto, neste estudo, buscou-se verificar os fatores associados à autoavaliação da saúde em jovens ativos, do estado de Sergipe, Brasil.

## MATERIAIS E MÉTODOS

Foi realizada uma pesquisa caracterizada como epidemiológica, de corte transversal, em jovens adultos em idade de alistamento militar, no estado de Sergipe, Brasil. De acordo com informações fornecidas pela instituição militar (Exército Brasileiro), 5.114 homens se alistaram para concorrer ao serviço militar obrigatório em 2007.

Os critérios adotados para inclusão dos participantes na pesquisa foram os seguintes: se dispor a participar da pesquisa, preencher corretamente o questionário distribuído, não ser refratário (idade maior que 18 anos) e não ser classificado com níveis insuficientes de atividade física (< 150 min/sem).

A coleta de dados foi realizada no 28º Batalhão de Caçadores – Exército Brasileiro, localizado na cidade de Aracaju, Sergipe, sob autorização do Comando Maior da Instituição. A referida pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Tiradentes (processo nº 1.612/07).

Para seleção da amostra foi realizado o processo aleatório simples em dois estágios. No primeiro, antes de iniciar o estudo, fez-se o sorteio de três dias da semana (terça, quinta e sexta-feira) e, no segundo, foram selecionados 30 rapazes por dia sorteado, para responder um questionário. Na seleção dos indivíduos que compuseram a amostra, as pessoas foram ordenadas e, de forma aleatória, realizou-se o sorteio entre os presentes.

Na estimativa do tamanho amostral, considerou-se o intervalo de confiança em 95%, prevalência de adolescentes com níveis insuficientes de atividade física de 39%<sup>18</sup> e erro tolerável da amostragem em quatro pontos percentuais, chegando-se ao total de 514 pessoas<sup>19</sup>. Para não perder a representatividade amostral, foram acrescentados 20% para realizar análise multivariável e 10% para eventuais perdas, coletando-se informações de 740 jovens elegíveis. Em virtude da perda amostral de 45 pessoas, pelo não preenchimento correto do instrumento de pesquisa, participaram da amostra final 695 jovens.

Foram coletadas informações referentes a aspectos socioeconômicos, comportamentais e sobre a autoavaliação da saúde. Para a identificação do *status* socioeconômico, foram utilizadas questões relativas ao Critério de Classificação Econômica Brasil<sup>20</sup>. As variáveis foram inicialmente analisadas de forma descritiva. A variável socioeconômica, para melhor ajuste, foi categorizada em: classes A/B = 1; e classes C/E = 2. Para avaliar o gasto de energia despendido por semana (MET/min/sem), em diferentes dimensões de atividade física (caminhadas e esforços físicos de intensidades moderada e vigorosa), foi utilizada a versão curta do Questionário Internacional de Atividades Físicas (IPAQ)<sup>21</sup>. O nível de atividade física foi classificado de acordo com o *Guidelines for data processing and analysis of the International Physical Activity Questionnaire (IPAQ)*<sup>22</sup>.

Para avaliar outros comportamentos de risco à saúde foram acrescentadas questões referentes à percepção do estresse, etilismo e tabagismo<sup>23</sup>. As variáveis comportamentais foram dicotomizadas da seguinte maneira: tabagismo (fumante *versus* não fumante), etilismo (etilista *versus* não etilista). O estresse foi avaliado mediante a utilização de uma escala Likert com quatro possibilidades de respostas (raramente estressado, às vezes estressado, quase sempre estressado e excessivamente

estressado); no entanto, para melhor ajuste na análise dos dados, foi classificado como *percepção positiva* (raramente estressado adicionado de às vezes estressado) e *percepção negativa* (quase sempre estressado adicionado de excessivamente estressado); e a avaliação da saúde autorreferida foi realizada utilizando-se o seguinte questionamento<sup>11</sup>: *Como você avalia sua saúde?* com cinco possibilidades de resposta (muito boa, boa, regular, ruim e muito ruim). No entanto, para a análise dos dados, as respostas foram dicotomizadas em: saúde positiva (muito boa/boa) e saúde negativa (regular/ruim/muito ruim).

Na análise dos dados foi utilizado o teste de razão da verossimilhança para verificar quais variáveis preditoras estariam associadas à saúde autorreferida. Em seguida, utilizando-se o método de seleção *forward*, aplicou-se a análise bruta e análise multivariável pela regressão logística hierarquizada, sendo que no nível mais distal de determinação encontravam-se as variáveis sociodemográficas (estado civil, escolaridade, classe socioeconômica e se a pessoa é trabalhadora) e no nível mais proximal as variáveis comportamentais (tabagismo, etilismo e percepção do estresse). Salienta-se que a análise multivariável somente foi utilizada para as variáveis do mesmo nível e nível superior com valor-*p* < 0,20 na análise bruta. O nível de significância adotado foi ≤ 5%. Para a análise foi utilizado o pacote estatístico SPSS versão 15.0.

## RESULTADOS

As características sociodemográficas e comportamentais estão apresentadas na tabela 1. Os jovens aqui estudados eram predominantemente solteiros, de classe socioeconômica baixa (classe C/E), com mais de oito anos de escolaridade, com baixo nível de estresse e não trabalhadores. Na análise da razão da verossimilhança somente a escolaridade e o tabagismo se mostraram associados (*p* < 0,05) à autoavaliação da saúde.

**Tabela 1.** Características sociodemográficas e comportamentais associadas à autoavaliação da saúde entre homens em idade de alistamento militar. Sergipe, Brasil, 2007.

Variáveis	Auto avaliação da saúde			
	n	Positiva %	Negativa %	p <sup>1</sup>
<b>Estado civil</b>				
Vivendo sem parceiro	677	93,2	6,8	0,162
Vivendo com parceiro	18	16,7	83,3	
<b>Escolaridade</b>				
< 8 anos	121	84,3	15,7	<0,001 <sup>2</sup>
8 ou mais anos	574	94,8	5,2	
<b>Classe socioeconômica</b>				
A/B	189	91,0	9,0	0,232
C/E	506	93,7	6,3	
<b>Trabalha</b>				
Sim	163	91,4	8,6	0,377
Não	533	93,6	6,6	
<b>Tabagismo</b>				
Fumante	68	82,4	17,6	0,002 <sup>2</sup>
Não fumante	627	94,1	5,9	
<b>Etilismo</b>				
Etilista	345	92,2	7,8	0,440
Não etilista	34	93,7	6,3	
<b>Percepção do estresse</b>				
Negativa	54	88,9	11,1	0,257
Positiva	641	93,3	6,7	

<sup>1</sup>Análise da razão de verossimilhança. <sup>2</sup>p < 0,05.

As análises bruta e multivariável para as variáveis independentes em relação à autoavaliação positiva da saúde encontram-se na tabela 2. Na análise bruta das variáveis os jovens com maior grau de escolaridade – oito anos ou mais de estudo (OR análise bruta = 3,38, 95% IC: 1,83-6,23) e não fumantes (OR análise bruta = 3,42, 95% IC: 1,69-6,92) apresentaram maior chance de perceberem-se com saúde positiva do que os jovens com menos de oito anos de escolaridade e fumantes, respectivamente.

Quando as análises foram ajustadas para as variáveis sociodemográficas, novamente os jovens com maior escolaridade e não fumantes apresentaram mais chance de autoavaliação positiva da saúde ( $p < 0,05$ ). Entre os jovens com oito ou mais anos de escolaridade a probabilidade foi três vezes maior de ter melhor autoavaliação da saúde em relação aos menos escolarizados (OR ajustado = 2,91; 95% IC: 1,53-5,54). Da mesma forma, os não fumantes também apresentaram maior proporção de ter autoavaliação positiva da saúde quando comparados aos fumantes (OR ajustado = 3,08; 95% IC: 1,40-6,76).

**Tabela 2.** Odds ratio (OR) bruta e multivariável para variáveis independentes em relação à autoavaliação positiva da saúde entre jovens. (Sergipe, Brasil, 2007.)

Variáveis	AUTOAVALIAÇÃO POSITIVA DA SAÚDE			
	Análise bruta		Análise multivariável*	
	OR (IC 95%)	p-valor	OR (IC 95%)	p-valor
<b>Classe socioeconômica</b>				
A/B	1	0,223	1	0,592
C/E	1,46 (0,79-2,70)		1,19 (0,62-2,27)	
<b>Trabalha</b>				
Sim	1	0,368	1	0,792
Não	1,35 (0,70-2,57)		1,09 (0,55-2,14)	
<b>Estado civil</b>				
Vivendo sem parceiro	1	0,121	1	0,424
Vivendo com parceiro	0,36 (0,10-1,30)		0,58 (0,15-2,19)	
<b>Escolaridade</b>				
< 8 anos	1	<0,001 <sup>1</sup>	1	0,001 <sup>1</sup>
8 ou mais anos	3,38 (1,83-6,23)		2,91 (1,53-5,54)	
<b>Tabagismo</b>				
Fumante	1	0,001 <sup>1</sup>	1	0,005 <sup>1</sup>
Não fumante	3,42 (1,69-6,92)		3,08 (1,40-6,76)	
<b>Etilismo</b>				
Etilista	1	0,441	1	0,796
Não etilista	1,26 (0,70-2,26)		0,91 (0,48-1,74)	
<b>Percepção do estresse</b>				
Positiva	1	0,230	1	0,823
Negativa	0,57 (0,23-1,42)		0,89 (0,34-2,33)	

\*Ajustada para o nível proximal. <sup>1</sup>p < 0,05.

## DISCUSSÃO

O presente estudo, cujo objetivo buscou verificar os fatores associados à autoavaliação da saúde em jovens ativos, foi realizado com uma população específica de jovens que estavam no processo de alistamento militar obrigatório no estado de Sergipe, Brasil.

Pode-se dividir as contribuições da presente pesquisa em três importantes aspectos. O primeiro aponta para a necessidade de construir

propostas de intervenção para atuar de forma simultânea na saúde geral neste subgrupo populacional, considerando a elevada prevalência de alguns fatores de condições de vida e de saúde, fatores psicológicos e do estilo de vida constantemente evidenciados na literatura. Nesta investigação, encontraram-se características interessantes relacionadas com o estilo de vida dos jovens. A prevalência do etilismo foi de 49,1%, relativamente menor em relação aos encontrados por Alves *et al.*<sup>24</sup>, no qual 57% dos adolescentes da cidade de Feira de Santana (BA) já haviam ingerido bebidas alcoólicas. O uso de álcool entre adolescentes parece estar associado com o trabalho, e o alcoolismo com o sexo masculino e a história de álcool na família<sup>25</sup>. Da mesma forma, a dependência de álcool relaciona-se com a faixa etária de 14 a 39 anos, maior renda, baixo nível educacional, não ter religião definida e com o uso de drogas ilícitas<sup>26</sup>.

Em relação ao tabagismo, somente 9,8% dos adolescentes ativos deste estudo relataram ser fumantes. Em investigações realizadas na América do Sul, os principais fatores entre jovens para adotar o hábito de fumar foram: o hábito de fumar entre irmãos e amigos, a idade avançada, o baixo rendimento escolar, o sexo masculino, a separação dos pais e o trabalho remunerado<sup>27</sup>. Os indicadores descritos apontam para medidas multidimensionais dos aspectos relacionados com o consumo de álcool e tabaco, o que pode interferir diretamente na autoavaliação da saúde.

Estudo conduzido usando inquérito telefônico, com amostra ampla, com idade igual ou superior a 18 anos, nas 26 capitais brasileiras e no Distrito Federal, mostrou que fumar mais do que 20 cigarros/dia, não praticar atividade física no lazer regularmente e apresentar baixo peso ou obesidade, além do número de morbidades presentes, associaram-se à autoavaliação da saúde negativa<sup>13</sup>. Outro inquérito realizado com pessoas maiores de 13 anos de idade apontou que os principais determinantes da autoavaliação da saúde estão relacionados inversamente com as condições socioeconômicas (renda *per capita*), a idade, com contribuições adicionais dos níveis de educação para os homens<sup>9,28</sup>.

O segundo aspecto refere-se às evidências sobre outros fatores associados à autoavaliação da saúde em homens ativos. A principal evidência deste estudo foi que a autoavaliação positiva da saúde em jovens ativos, masculinos e em idade de alistamento militar, também parece sofrer influência da escolaridade e do hábito de fumar, sugerindo intervenções que busquem modificar um conjunto de fatores associados. Apesar das características específicas dessa amostra, a prevalência da autoavaliação positiva da saúde na referida investigação foi elevada, semelhante à encontrada em outros estudos<sup>6,27,29</sup>, para diferentes subgrupos populacionais, mostrando que, independente da idade, o sexo e outros fatores de risco podem determinar a autoavaliação da saúde.

Da mesma forma, outras investigações encontradas na literatura buscaram verificar a associação de fatores do estilo de vida com a autoavaliação positiva ou negativa da saúde, utilizando vários instrumentos de pesquisa, entre populações em diferentes idade e sexo, mas não direcionando-as para pessoas ativas. Pesquisa realizada na Suécia<sup>6</sup>, com pessoas de ambos os sexos, mostra que a idade, o hábito de não fumar e o elevado nível de escolaridade associaram-se à autoavaliação positiva da saúde, resultados semelhantes aos encontrados neste estudo. Estudo conduzido na Grécia<sup>14</sup> mostrou que ser do sexo feminino, ter menor nível educacional, ter idade avançada e saúde debilitada foram determinantes da autoavaliação negativa da saúde. Por outro lado, exercício físico regular, melhor qualidade do sono, hábitos alimentares saudáveis e hábitos religiosos determinaram a autoavaliação positiva da saúde.

Dachs e Santos<sup>9</sup>, em amostra representativa da população brasileira, encontraram a dependência da autoavaliação positiva da saúde para a elevada escolaridade e classe socioeconômica. Pesquisa acompanhada por cinco anos, realizada com adultos de meia-idade, mostrou a associação da prática de atividades físicas no lazer com a autoavaliação positiva da saúde, sendo mais visível entre os mais jovens<sup>16</sup>. Informações semelhantes foram encontradas na investigação conduzida em 15 países membros da União Europeia<sup>17</sup>. Além disso, condições materiais, psicossociais e do estilo de vida parecem independentes na determinação da saúde negativa<sup>7</sup>. Na presente investigação foi constatada associação entre a escolaridade e o tabagismo com a autoavaliação da saúde, após ajuste para as variáveis do nível distal com  $p < 0,20$  na análise bruta.

O terceiro aspecto, não menos importante, refere-se à realização do estudo apenas com jovens do gênero masculino e com a mesma idade. Pesquisas realizadas sobre a autoavaliação da saúde no Brasil, mas especificamente no nordeste brasileiro, são escassas, principalmente com um subgrupo populacional específico. Investigação conduzida com três países europeus mostrou alguns fatores associados à autoavaliação da saúde semelhantes e outros distintos, porém as queixas psicossomáticas foram os aspectos mais importantes na determinação de autoavaliação da saúde em universitários<sup>30</sup>. Em população de diabéticos<sup>2</sup>, homens de meia-idade<sup>15</sup> e idosos<sup>31</sup>, as evidências da não homogeneidade entre os subgrupos populacionais justificam a realização deste estudo.

## CONCLUSÃO

Tais achados são de grande relevância, haja vista a fase da adolescência ser um momento de transição, no qual as pessoas devem assumir uma nova identidade na sociedade, favorecendo o conflito consigo e com o meio em que vivem, em virtude da necessidade de autoafirmação dentro da sua cultura. Sendo assim, a referida investigação apresentou algumas informações importantes para o estado de Sergipe.

Este estudo apresentou como limitações: o uso de questionário, que pode favorecer erros na transcrição das respostas; diferença do instrumento utilizado com o de outros estudos dificulta análises comparativas; restrição à generalização dos dados aos jovens participantes desta pesquisa; e, por fim, por ser uma investigação transversal, apresenta limitações próprias do método, pela impossibilidade de acompanhamento dos participantes da amostra (causalidade reversa).

A partir dos dados descritos no presente trabalho, encontrou-se forte associação entre o tabagismo e escolaridade com a variável dependente autoavaliação positiva da saúde entre jovens ativos. Desse modo, sugere-se maior atenção dos setores públicos, considerando os aspectos multidimensionais, salientando a educação em saúde, para tentar modificar alguns comportamentos de risco, como manter-se ativo, não fumar e evitar consumir álcool em excesso, com o intuito de minimizar os riscos à saúde deste subgrupo populacional.

---

Todos os autores declararam não haver qualquer potencial conflito de interesses referente a este artigo.

---

## REFERÊNCIAS

1. Guimarães JMN, Chor D, Werneck GL, Carvalho MS, Coeli CM, Lopes CS, et al. Association between self-rated health and mortality: 10 years follow-up to the Pro-Saude cohort study. *BMC Public Health* 2012;12:676. doi:10.1186/1471-2458-12-676.
2. Wennberg P, Rolandsson O, Jerde'n L, Boeing H, Sluik D, Kaaks R, et al. Self-rated health and mortality in individuals with diabetes mellitus: prospective cohort study. *BMJ Open* 2012;2:e000760. doi:10.1136/bmjopen-2011-000760.
3. Gander J, Lee D-C, Sui X, Hébert JR, Hooker SP, Blair SN. Self-rated health status and cardiorespiratory fitness as predictors of mortality in men. *Br J Sports Med* 2011;45(14):1095-100. doi:10.1136/bjism.2010.079855.
4. Fonseca AS, Blank VLG, Barros MVG, Nahas MV. Percepção de saúde e fatores associados em industriários de Santa Catarina, Brasil. *Cad Saúde Pública* 2008;24:567-76.
5. Höfelmann DA, Blank N. Autoavaliação de saúde entre trabalhadores de uma indústria no sul do Brasil. *Rev Saúde Pública* 2007;4:777-87.
6. Södergren M, Sundquist J, Johansson S-E, Sundquist K. Physical activity, exercise and self-rated health: a population-based study from Sweden. *BMC Public Health* 2008;8:352.
7. Molarius A, Berglund K, Eriksson C, Lambe M, Nordstro E, Eriksson HG, Feldman I. Socioeconomic conditions, lifestyle factors, and self-rated health among men and women in Sweden. *Eur J Public Health* 2006;17:125-33.
8. Takkinen S, Suutama T, Ruoppila I. More meaning by exercising? Physical activity as a predictor of a sense meaning in life and self-rated health and functioning in old age. *J Aging Phys Act* 2001;9:128-41.
9. Dachs JNW, Santos APR. Auto-avaliação do estado de saúde no Brasil: análise dos dados da PNAD/2003. *Ciênc Saude Colet* 2006;11:887-94.
10. Barreto SM, Figueiredo RC. Doença crônica, auto-avaliação de saúde e comportamento de risco: diferença de gênero. *Rev Saúde Pública* 2009;43(Supl 2):38-47.
11. Alricsson M, Landstad BJ, Romild U, Werner S. Self-related health, physical activity and complaints in Swedish high school students. *Scientific World Journal* 2006;6:816-26.
12. Abolfotoh MA, Bassiouni FA, Mounir GM, Fayyad RCh. Health-related lifestyles and risk behaviours among students living in Alexandria University Hostels. *East Mediterr Health J* 2007;13:376-91.
13. Barros MBA, Zanchetta LM, Moura EC, Malta DC. Auto-avaliação da saúde e fatores associados, Brasil, 2006. *Rev Saúde Pública* 2009;43(Supl 2):27-37.
14. Darviri C, Fouka G, Gnardellis C, Artemiadis AK, Tigani X, Alexopoulos EC. Determinants of Self-Rated Health in a Representative Sample of a Rural Population: A Cross-Sectional Study in Greece. *Int J Environ Res Public Health* 2012;9:943-54; doi:10.3390/ijerph9030943.
15. Okano G, Miyake H, Mori M. Leisure time physical activity as a determinant of self-perceived health and fitness in middle-aged male employees. *J Occup Health* 2003;45:286-92.
16. Parkes KR. Physical activity and self-rated health: Interactive effects of activity in work, and leisure domains. *Br J Health Psychol* 2006;11:533-50.
17. Abu-Omar K, Rütten A, Robine J-M. Self-rated health and physical activity in the European Union. *Soz.- Präventivmed* 2004;49:235-42.
18. Oehlschlaeger MHK, Pinheiro RT, Horta B, Gelatti C, Santana P. Prevalência e fatores associados ao sedentarismo em adolescentes de área urbana. *Rev Saúde Pública* 2004;38:157-63.
19. Luiz RR, Magnanini MMF. O tamanho da amostra em investigações epidemiológicas. In: Medronho RA (Org.). *Epidemiologia*. São Paulo: Atheneu. 2000;295-307.
20. ANEP. Critério de Classificação Sócio Econômica. Brasil. São Paulo: 2000. <http://www.datavale-sp.com.br/CCEB.pdf>. Acessado em 21/10/2007.
21. Matsudo S, Araújo T, Matsudo V, Andrade D, Andrade E, Oliveira LC, et al. Questionário Internacional de Atividade Física (IPAQ): estudo de validade e reprodutibilidade no Brasil. *Rev Bras Ativ Fis Saude* 2001;2:5-18.
22. Guidelines for data processing and analysis of the International Physical Activity Questionnaire (IPAQ). Disponível na internet via URL: [HTTP://www.ipaq.ki.se](http://www.ipaq.ki.se), atualizado em 2005.
23. Barros MVG. Atividade Física no lazer e outros comportamentos relacionados à saúde dos trabalhadores da indústria no Estado de Santa Catarina, Brasil. [dissertação de mestrado]. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina; 1999.
24. Alves VQM, Costa COM, Nascimento Sobrinho CL, Santos CASL, Gomes WA, Assis DR. Uso de Bebidas Alcoólicas entre Adolescentes: perfil de experimentação, uso regular e fatores de risco. *Feira de Santana - Bahia. R Baiana Saude Pub* 2005; 29: 91-104.
25. Souza DPO, Areco KN, Silveira Filho DX. Alcool e alcoolismo entre adolescentes da rede estadual de ensino de Cuiabá, Mato Grosso. *Rev Saúde Pública* 2005;39:585-92.
26. Barros MBA, Botega NJ, Dalgalarrondo P, Marín-León L, Oliveira HB. Prevalence of alcohol abuse and associated factors in a population-based study. *Rev Saúde Pública* 2007;41:502-9.
27. Malcon MC, Menezes AMB, Maia MFS, Chatkin M, Victora CG. Prevalência e fatores de risco para tabagismo em adolescentes na América do Sul: uma revisão sistemática da literatura. *Rev Panam Salud Publica/Pan Am J Public Health* 2003;13:222-8.
28. Dachs JNW. Determinantes das desigualdades na auto-avaliação do estado de saúde no Brasil: análise dos dados da PNAD/1998. *Ciênc Saude Colet* 2002;7:641-57.
29. Kaleta D, Makowiec-Dąbrowska E, Jegier A. Physical activity and self-perceived health status. *Int J Occup Med Environ Health* 2006;19:61-9.
30. Mikolajczyk RT, Brzoska P, Maier C, Ottova V, Meier S, Dudziak U, 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 doi:10.1186/1471-2458-8-215.
31. Takkinen S, Suutama T, Ruoppila I. More meaning by exercising? Physical activity as a predictor of a sense meaning in life and self-rated health and functioning in old age. *J Aging Phys Act* 2001;9:128-41.