

Artigos originais

Autopercepção de saúde e determinantes sociais em adolescentes matriculados no ensino médio

Self-perception of health and social determinants in high school adolescents

Stela Maris Aguiar Lemos⁽¹⁾

Poliana Cristina Rocha⁽²⁾

Angel Martínez-Hernández⁽³⁾

⁽¹⁾ Universidade Federal de Minas Gerais - UFMG, Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil.

⁽²⁾ Universidade Federal de Minas Gerais - UFMG, Prefeitura Municipal de Belo Horizonte (PBH), Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil.

⁽³⁾ Universitat Rovira i Virgili; Medical Anthropology Research Center, Tarragona, Província de Tarragona, Espanha.

Fonte de auxílio: O presente trabalho foi realizado com apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), Brasil. Número do Processo: BEX 7377/14-2.

Conflito de interesses: Inexistente



Recebido em: 02/01/2018

Aprovado em: 30/08/2018

Endereço para correspondência:

Stela Maris Aguiar Lemos
Avenida Alfredo Balena, nº 190, Sala 251
CEP: 30130-100 - Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil
E-mail: lemos.stela@gmail.com

RESUMO

Objetivo: verificar a associação entre a autopercepção em saúde com determinantes sociais demográficos, culturais, contexto de violência e autopercepção de qualidade de vida de adolescentes matriculados no ensino médio.

Métodos: estudo observacional analítico transversal com amostra probabilística composta por 386 estudantes de ensino médio, na faixa etária de 15 a 19 anos, matriculados em 16 escolas públicas. Foram realizadas as análises de dados descritiva, bivariada e multivariada. Foram construídos modelos com entrada hierárquica dos blocos segundo o nível de determinação estabelecido no modelo teórico e para avaliação das associações nos modelos de regressão logística foi considerado o nível de significância de 5%. Como medida de magnitude das associações foi utilizado o *Odds Ratio* e seu respectivo intervalo de confiança de 95%.

Resultados: os dados revelaram que mais de dois terços dos participantes referiram autopercepção de saúde positiva e no modelo de regressão logística múltipla hierarquizada permaneceram associadas à Autopercepção de saúde positiva ter moradia própria, praticar alguma religião e qualidade de vida.

Conclusão: o fato de o participante ter moradia própria, praticar alguma religião e referir melhor qualidade de vida aumentou as chances de ter autopercepção de saúde positiva.

Descritores: Adolescente; Saúde do Adolescente; Autoavaliação; Determinantes Sociais da Saúde

ABSTRACT

Purpose: to verify the association between self-perception of health, gender, age, economic status, quality of life, cultural aspects and contexts of violence in high school adolescents.

Methods: an observational analytical cross-sectional study with a probabilistic sample composed of 386 high school students aged 15-19 years. The data collection was made in 16 public schools. Descriptive, bivariate and multivariate data analyses were made. Models with hierarchical entry of the blocks according to the level of determination established in the theoretical model were built, and for the evaluation of associations in the logistic regression models, the significance level of 5% was considered. The Odds Ratio and its respective confidence interval of 95% were used as a measure of the magnitude of the associations.

Results: the data revealed that more than two-thirds of the participants reported a positive self-perception of health and, in the hierarchical multiple logistic regression model, to have own house, to practice any religion, and the quality of life remained associated with positive Self-perception of health.

Conclusion: having their own house, practicing a given religion and having a better quality of life increased the chances of a positive self-perception of health.

Keywords: Adolescent; Adolescent Health; Self-Assessment; Social Determinants of Health

INTRODUÇÃO

A análise da autoavaliação da saúde tem sido cada vez mais valorizada para a construção de indicadores que transcendam os índices de morbidade e mortalidade para aplicação na investigação científica e na construção de ações de saúde.

Um indicador é a “autopercepção de saúde” ou “auto percepção do estado de saúde” que se baseia em critérios subjetivos e objetivos, sendo influenciado por fatores como sexo, idade, classe social, dentre outros¹. É uma maneira eficiente de compreender a perspectiva do indivíduo acerca de sua saúde, sendo ainda um bom preditor da mortalidade individual e morbidade, contemplando aspectos da saúde física, emocional e cognitiva¹⁻³. No cenário atual, a investigação dos determinantes e fatores associados ao processo de saúde e doença passou a valorizar a percepção da criança e do adolescente sobre seu estado de saúde^{2,4,5}.

Embora, a autopercepção da saúde seja considerada um indicador de bem estar subjetivo⁶, tem se mostrado viável, confiável e passível de ser empregado na construção de indicadores de funcionalidade^{7,8}, estimativa de utilização do sistema de saúde⁹ e compreensão da articulação entre contexto social e de saúde¹⁰. Cabe ressaltar que a literatura aponta o ciclo de vida da adolescência como um período importante para investigar a temática, visto que se trata de um momento de importantes mudanças e da consolidação da identidade individual e social que refletirão no modo de cuidar da própria saúde^{6,11}.

A investigação da autopercepção de saúde nasce das teorias de investigação do autoconceito que tem sido apontado como fundamental para a compreensão de aspectos psicológicos, sociais, clínicos e educacionais^{6,12}. O autoconceito é considerado uma medida de satisfação pessoal, resultado de um conjunto de percepções parciais sobre si mesmo que se organizam de forma multidimensional e em uma estrutura hierárquica composta pelo autoconceito acadêmico, social, pessoal e físico¹².

Assim, é possível considerar que o estudo do autoconceito em adolescentes e suas associações com aspectos sociais pode contribuir para a compreensão não só do autocuidado, mas também para elaboração de estratégias de promoção da saúde ou de ações de enfrentamento e prevenção de agravos nesse ciclo de vida.

Deste modo, o objetivo do presente estudo foi verificar a associação entre a autopercepção em saúde com determinantes sociais demográficos, culturais,

contexto de violência e autopercepção de qualidade de vida de adolescentes matriculados no ensino médio.

MÉTODOS

Trata-se de estudo observacional analítico transversal com amostra probabilística composta por 384 estudantes de ensino médio de escolas públicas de Belo Horizonte, Minas Gerais. O estudo obteve a aprovação do Comitê de Ética da Universidade Federal de Minas Gerais sob parecer CAAE: 14897013.4.0000.5149.

A pesquisa foi realizada em 16 escolas das nove regionais administrativas do município de Belo Horizonte. Inicialmente foi sorteada uma escola de cada regional e, caso necessário, outras eram incluídas para composição final da amostra de adolescentes. Deste modo, todas as regionais administrativas de Belo Horizonte foram representadas no estudo e, portanto, os aspectos referentes aos diferentes territórios estão ponderados.

O cálculo amostral foi definido considerando a ausência de estimativas de percentuais esperados para as variáveis de interesse. Assim, foi assumido que tal percentual se situava em 50%, valor que maximiza o tamanho amostral. Considerou-se, ainda, nível de confiança de 95% e margem de erro de 5%. Considerando os critérios apresentados, e o número estudantes elegíveis regularmente matriculados no ensino médio a amostra final foi estimada em 384 adolescentes

Foram incluídos na pesquisa os estudantes na faixa etária de 15 a 19 anos que concordaram em participar e tiveram o termo de consentimento livre e esclarecido assinado por eles e outro pelos responsáveis, no caso dos adolescentes com até 17 anos, 11 meses e 29 dias. Os adolescentes de 18 e 19 anos assinaram sozinhos o Termo de Consentimento Livre Esclarecido.

Procedimentos

Foram utilizados cinco instrumentos de pesquisa: avaliação da autopercepção da saúde, questionário para caracterização dos adolescentes, Questionário Pediátrico sobre Qualidade de Vida – PedsQL Versão 4.0, autopercepção do contexto de violência.

Para a avaliação da autopercepção da saúde utilizou-se a pergunta “Como você avalia sua saúde?” que apresentou como possibilidade resposta em escala *likert* com as opções: muito ruim, ruim, regular, bom e excelente.

O instrumento para caracterização do adolescente consistiu em um questionário autoaplicável, composto por questões fechadas com o objetivo de delinear o perfil socioeconômico, cultural e demográfico da amostra. Esse instrumento consta da identificação de idade, sexo, ano escolar e perfil sócio econômico cultural, situação de moradia, hábito de assistir televisão, frequentar teatro e cinema, presença de trabalho, prática de religião e o Critério de Classificação Econômica Brasil (CCEB)¹³.

Para avaliação da qualidade de vida foi utilizado o Questionário Pediátrico sobre Qualidade de vida – PedsQL, versão 4.0^{14,15}, instrumento multidimensional, destinado a avaliar a qualidade de vida de crianças e adolescentes. O escore final do instrumento é obtido pela triangulação dos resultados de quatro eixos, a saber: físico, emocional, social e domínio escolar, totalizando 23 perguntas. Deste modo, a análise dos dados seguiu a recomendação dos autores do instrumento^{14,15}.

A avaliação da autopercepção da violência foi feita utilizando três perguntas com opções de respostas “sim” e “não”, a saber: “Já cometeu algum ato de violência?”; “Já sofreu algum ato de violência?” e “A violência causa impacto na sua saúde?”.

Análise de dados

A variável resposta selecionada para o estudo foi o resultado da pergunta “Como você avalia sua saúde?” com as opções de resposta “muito ruim, ruim, regular, boa e excelente” que foram categorizadas em “ruim” (agrupamento das respostas ruim, muito ruim e regular) e “boa” (agrupamento das variáveis boa e excelente). Para análise foram definidas como variáveis explicativas: características sociodemográficas, aspectos culturais, contexto de violência, qualidade de vida por meio do resultado do Peds_QL e percepção de saúde, que foram distribuídas em um modelo hierárquico que constou de quatro blocos, descritos a seguir:

- Primeiro Bloco – Características sociodemográficas: sexo, idade, ano escolar, situação de moradia (com quem mora), moradia (própria/alugada), plano de saúde, classificação econômica e trabalho.
- Segundo Bloco – Aspectos culturais: tempo que vê televisão, leitura de jornais/revistas, frequência a museus, frequência a teatro/cinema, prática de alguma religião.
- Terceiro Bloco – Contexto de violência: já cometeu algum desses atos; já sofreu alguma desses atos e violência causa impacto na sua saúde.

- Quarto Bloco – Classificação da qualidade de vida: domínio físico, domínio emocional, domínio social, domínio escolar e escore total.

Foram realizadas análises descritivas de todas as variáveis do estudo, por meio de distribuição de frequência absoluta e relativa das variáveis categóricas e de síntese numérica das variáveis contínuas. Os resultados das análises descritivas foram organizados em tabelas e gráficos segundo os blocos de análise propostos no modelo teórico.

Para análise de associação das variáveis categóricas foi utilizado o teste Qui-quadrado de Pearson. No caso de variáveis contínuas, foi utilizado o teste não paramétrico de Mann Whitney, pois as variáveis contínuas idade, escore total do PedsQL, escore de letramento em saúde têm distribuição assimétrica (Teste de Kolmogorov-Smirnov, $p > 0,005$).

As tabelas com as análises bivariadas foram organizadas segundo os blocos propostos no modelo hierárquico. Nessa etapa, foram consideradas as associações estatisticamente significantes ao nível de 20% para a entrada da variável no modelo multivariado. Foram construídos modelos com entrada hierárquica dos blocos segundo o nível de determinação estabelecido no modelo teórico. As variáveis com associação estatisticamente significantes ao nível de 20% ($p < 0,20$) na análise bivariada foram consideradas nos modelos de regressão logística múltipla.

Para avaliação das associações nos modelos de regressão logística foi considerado o nível de significância de 5%. Desta forma, foram consideradas como associações estatisticamente significantes as associações com probabilidade de significância valor- $p \leq 0,05$. Como medida de magnitude das associações foi utilizado o *Odds Ratio* e seu respectivo intervalo de confiança de 95%. A adequação dos modelos foi avaliada pelo teste de Hosmer e Lemeshow.

Na modelagem hierárquica, as análises foram conduzidas da seguinte maneira: 1) ajustou-se o modelo para o primeiro bloco nível hierárquico 1; 2) as variáveis com significância estatística $p \leq 0,05$ no bloco 1 foram mantidas no ajuste do modelo do bloco 2; 3) as variáveis com significância estatística $p \leq 0,05$ nos blocos 1 e 2 foram mantidas no ajuste do modelo do bloco 3, e assim sucessivamente até o ajuste do último bloco. Ao final do procedimento, obteve-se o modelo final. Quando em determinado bloco não havia variável associada ao evento em análise, esse bloco era eliminado do modelo final.

Para todas as análises foi utilizado o programa *Statistical Package for the Social Sciences* SPSS, versão 21.0.

RESULTADOS

Participaram da pesquisa 384 adolescentes, sendo 70,3% do sexo feminino. Verificou-se que 24,7% dos estudantes eram do primeiro ano, 19,3% do segundo ano e 56% do terceiro. A média de idade dos participantes foi de 17,1 anos, em um intervalo de 15 a 19 anos. 99,2% declararam estado civil solteiro e 55,3% declararam possuir plano de saúde. A maioria, 90,9%

residia com pais e irmãos ou apenas com os pais. Na amostra 51,3% dos adolescentes declarou trabalhar ou já haver trabalhado. A distribuição dos adolescentes segundo classe econômica foi: A1 – 0,3%; A2 – 5,2%, B1 – 20,1%; B2 – 32,6%; C1 – 33,9%; C2 – 7,0% e D – 1,0%.

Dos 384 participantes, 378 responderam ao questionário de autopercepção de saúde, sendo 71,4% do sexo feminino. Sendo que a distribuição por série escolar foi de 25,1% dos estudantes do primeiro ano, 19,6% do segundo ano e 55,3% do terceiro ano. (Tabela 1)

Tabela 1. Análise bivariada da associação entre autopercepção de saúde e características sociodemográficas*

| Características | Autopercepção da Saúde | | Valor-p** |
|--------------------------|------------------------|-------------|-----------|
| | Ruim | Boa | |
| Sexo | | | |
| Masculino | 18 (22,5) | 91 (30,5) | 0,159 |
| Feminino | 62 (77,5) | 208 (69,5) | |
| Total | 80 (100,0) | 298 (100,0) | |
| Série escolar | | | |
| 1º. Ano | 22 (27,5) | 73 (24,5) | 0,828 |
| 2º. Ano | 16 (20,0) | 58 (19,5) | |
| 3º. Ano | 42 (52,5) | 167 (56,0) | |
| Total | 80 (100,0) | 298 (100,0) | |
| Mora com | | | |
| Pais e irmãos | 69 (87,3) | 274 (92,3) | 0,170 |
| Outros | 10 (12,7) | 23 (7,7) | |
| Total | 79 (100,0) | 297 (100,0) | |
| Moradia | | | |
| Casa própria | 55 (68,8) | 242 (82,0) | 0,009 |
| Casa alugada | 25 (31,3) | 53 (18,0) | |
| Total | 80 (100,0) | 295 (100,0) | |
| CCEB | | | |
| Classe A | 5 (6,3) | 16 (5,4) | 0,950 |
| Classe B | 41 (51,3) | 156 (52,3) | |
| Classe C e D | 34 (42,5) | 126 (42,3) | |
| Total | 80 (100,0) | 298 (100,0) | |
| Plano de Saúde | | | |
| Sim | 34 (45,9) | 158 (57,2) | 0,083 |
| Não | 40 (54,1) | 118 (42,8) | |
| Total | 74 (100,0) | 276 (100,0) | |
| Trabalha ou já trabalhou | | | |
| Sim | 44 (55,0) | 150 (50,3) | 0,459 |
| Não | 36 (45,0) | 148 (49,7) | |
| Total | 80 (100) | 298 (100) | |

* O número de informações varia devido à dados faltantes ** Qui-quadrado de Pearson
Legenda: CCEB = Critério de Classificação Econômica Brasil

Entre as variáveis do Bloco um, as variáveis “sexo”, “com quem mora” e “plano de saúde” se associaram à “autopercepção da saúde” ao nível de 20% e foram consideradas para o modelo de regressão logística múltipla (Tabela 1).

No Bloco dois, somente a variável “frequenta museus” se associou à “autopercepção da saúde” ao nível de 20%, sendo considerada no modelo multivariado (Tabela 2).

Tabela 2. Análise bivariada da associação entre autopercepção da saúde e aspectos culturais*

| Características | Autopercepção da Saúde | | Valor-p** |
|-------------------------|------------------------|-------------|-----------|
| | Ruim | Boa | |
| Tempo que assiste TV | | | |
| Menos de 2 horas | 37 (53,6) | 153 (53,9) | 0,970 |
| Mais de 2 horas | 32 (46,4) | 131 (46,1) | |
| Total | 69 (100) | 284 (100,0) | |
| Lê jornais e revistas | | | |
| Sim | 52 (65,0) | 171 (58,2) | 0,269 |
| Não | 28 (35,0) | 123 (41,8) | |
| Total | 80 (100,0) | 294 (100,0) | |
| Frequenta museus | | | |
| Sim | 25 (31,3) | 64 (21,6) | 0,072 |
| Não | 55 (68,8) | 232 (78,4) | |
| Total | 80 (100,0) | 296 (100,0) | |
| Frequenta teatro/cinema | | | |
| Sim | 69 (86,3) | 262 (88,2) | 0,634 |
| Não | 11 (13,8) | 35 (11,8) | |
| Total | 80 (100,0) | 297 (100,0) | |
| Prática religiosa | | | |
| Sim | 54 (68,4) | 240 (81,4) | 0,012 |
| Não | 25 (31,6) | 55 (18,6) | |
| Total | 79 (100,0) | 295 (100,0) | |

* O número de informações varia devido à dados faltantes ** Qui-quadrado de Pearson

No Bloco três, somente a variável “Já sofreu algum ato de violência?” se associou à “autopercepção da saúde” ao nível de 20%, sendo considerada no modelo multivariado (Tabela 3).

Ao analisar a qualidade de vida segundo a autopercepção de saúde observou-se que o escore total do PedsQL teve como medianas 67,4 (autopercepção ruim) e 77,2 (boa autopercepção); e médias de 67,0 com desvio padrão de 1,4 (autopercepção ruim) e 76,0 com desvio padrão de 0,6 (boa autopercepção). Na análise bivariada, o teste de Mann-Whitney indicou p-valor <0,001. Assim, a variável do Bloco quatro “Qualidade de vida – escore total do PedsQL” associou-se à “autopercepção da saúde” ao nível de significância de 20% e foi utilizada no modelo de regressão logística.

No modelo final, Tabela 4, permaneceram associadas à auto-avaliação da saúde boa: ter moradia própria (OR=2,16; p=0,014); não frequentar museus (OR=2,20; p=0,013); praticar alguma religião (OR=1,91; p=0,043); e o escore total da qualidade de vida (OR=1,08; p<0,001). Dessa forma, ter moradia própria, não frequentar museus e praticar alguma religião, aumentaram em 2,16; 2,20; 2,11 vezes, respectivamente, a chance de ter autopercepção de saúde boa. O aumento em um ponto no escore total de qualidade de vida aumentou em 8,0% a chance do adolescente ter autopercepção de saúde boa. A adequação do modelo, teste Hosmer e Lemeshow, foi considerada boa – p=0,512.

Tabela 3. Análise bivariada da associação entre autopercepção da saúde e contexto de violência*

| Características | Autopercepção da Saúde | | Valor-p** |
|------------------------------|------------------------|-------------|-----------|
| | Ruim | Boa | |
| Já cometeu atos de violência | | | |
| Sim | 52 (65,8) | 179 (61,1) | 0,442 |
| Não | 27 (34,2) | 114 (38,9) | |
| Total | 79 (100,0) | 293 (100,0) | |
| Já sofreu atos de violência | | | |
| Sim | 64 (81,0) | 206 (70,3) | 0,058 |
| Não | 15 (19,0) | 87 (29,7) | |
| Total | 79 (100) | 293 (100,0) | |
| A violência afeta a saúde | | | |
| Sim | 69 (87,3) | 250 (85,3) | 0,649 |
| Não | 10 (12,7) | 43 (14,7) | |
| Total | 79 (100,0) | 293 (100,0) | |

* O número de informações varia devido à dados faltantes ** Qui-quadrado de Pearson

Tabela 4. Resultados da análise de regressão logística múltipla hierarquizada – Fatores associados à autopercepção de saúde positiva

| Modelo | OR ajustada | IC 95% | Valor-p |
|--|-------------|---------------|---------|
| Modelo 1 – Características sociodemográficas | | | |
| Sexo | 1,28 | 0,669 – 2,337 | 0,425 |
| Mora com os pais | 1,39 | 0,600 – 3,234 | 0,440 |
| Moradia própria | 1,97 | 1,094 – 3,535 | 0,024 |
| Possui plano de saúde | 1,39 | 0,814 – 2,357 | 0,230 |
| Modelo 2 – Aspectos culturais* | | | |
| Não frequenta museu | 1,94 | 1,100 – 3,432 | 0,022 |
| Pratica alguma religião | 2,11 | 1,191 – 3,735 | 0,001 |
| Modelo 3 – Contexto de violência** | | | |
| Não sofreu atos de violência | 1,81 | 0,949 – 3,469 | 0,072 |
| Modelo 4 – Qualidade de vida*** | | | |
| Peds_QL – Escore total | 1,08 | 1,053 – 1,109 | <0,001 |
| Modelo final | | | |
| Moradia própria | 2,16 | 1,166 – 3,984 | 0,014 |
| Não frequenta museu | 2,20 | 1,184 – 4,074 | 0,013 |
| Pratica alguma religião | 1,91 | 1,021 – 3,551 | 0,043 |
| Peds_QL – Escore total | 1,08 | 1,053 – 1,109 | <0,001 |

Categorias de referências: sexo feminino; mora com outro familiar ou amigo; moradia alugada; não possui plano de saúde; frequentar museu; não praticar religião; ter sofrido atos de violência; autopercepção de saúde ruim

* Modelo ajustado pela variável moradia (bloco 1)

** Modelo ajustado pelas variáveis moradia (bloco 1); frequenta museus e pratica religião (bloco 2)

*** Modelo ajustado pelas variáveis moradia (bloco 1); frequenta museus e pratica religião (bloco 2); Peds_QL – escore total (bloco 4)

Ajuste do modelo final: Hosmer & Lemeshow – p=0,512

Legenda: OR = Odds Ratio IC = Intervalo de confiança

DISCUSSÃO

No presente estudo quase a totalidade dos adolescentes classificou a saúde como importante ou muito importante e mais de 80,0% definiram o seu estado de saúde como bom ou excelente. Contudo, quase um terço referiu possuir algum problema de saúde. Tais dados demonstram que, assim como em estudos pgressos^{16,17}, a autopercepção não depende, necessariamente, do estado real de saúde. A literatura mostra, ainda, que o adolescente pode interpretar “boa saúde” simplesmente como estar fisicamente bem¹⁸. Deste modo, a definição de saúde para o adolescente, não necessariamente, inclui suas percepções de bem-estar geral ou do processo de saúde doença de forma mais ampla.

Os dados obtidos em relação a boa autopercepção de saúde são distintos a outros contextos que revelaram índices menos robustos, variando de 71,0% a 87,9%¹⁸⁻²¹. Os índices mais elevados de autopercepção negativa da saúde foram observados em estudos paquistanês¹⁹ e brasileiro²². O estudo paquistanês incluiu 414 adolescentes, na faixa etária de 14 a 17 anos e a prevalência de má autopercepção de saúde foi de 29,0%. Resultados que corroboram um estudo brasileiro²² de delineamento caso-controle com 871 participantes revelou autopercepção negativa de saúde em 29,4% dos adolescentes com relato de danos físicos ou ferimentos e de 25,5% no grupo sem esse histórico.

Os estudos realizados com adolescentes que não estão expostos a situações de vulnerabilidade social ou doença tendem a resultados mais elevados de autopercepção positiva de saúde¹⁸⁻²³. Um inquérito realizado com 1.027 adolescentes, na faixa etária de 16 a 18 anos, cursando os dois primeiros anos do ensino secundário profissional e de diferentes programas acadêmicos, em três escolas secundárias públicas em uma cidade no norte da Suécia revelou 83,6% de prevalência de boa autopercepção de saúde¹⁸. Dados similares a um estudo norueguês com 2.800 adolescentes, faixa etária de 16 a 20 anos, dos quais 88,0% avaliaram sua saúde como “boa” ou “muito boa”²⁰. Estudo brasileiro realizado com 820 adolescentes com idades entre 10 e 19 anos revelou que 12,1% dos entrevistados apresentaram autopercepção de saúde regular/ruim²¹. Dados próximos a outro estudo brasileiro que revelou 83,3% com autopercepção de saúde positiva em uma amostra de 501 adultos jovens, de 20 a 24 anos, cursando ensino médio regular ou ensino de jovens e adultos (EJA) em escolas públicas²³.

Ao buscar a associação entre o auto relato do adolescente em relação a saúde e determinantes sociais, a análise multivariada dos dados indicou que viver em moradia própria, praticar alguma religião, não frequentar museus e referir melhor qualidade de vida aumentou as chances de ter boa autopercepção de saúde.

Quanto aos aspectos culturais, embora os dados tenham indicado associação com significância apenas para a prática religiosa e a frequência em museus, estudo norueguês realizado com 8.085 adolescentes com idades entre 13 e 19 anos, indicou que a participação em outras atividades culturais pode associar-se positivamente com a autopercepção de saúde, satisfação com a vida e autoestima em adolescentes²⁴. Vale considerar que embora, sejam escassas pesquisas dedicadas à compreensão de aspectos culturais na saúde de adolescentes, é necessário ampliar tal análise, pois pode constituir eixo importante na discussão de oportunidades e autoconceito neste ciclo de vida. Quanto aos aspectos religiosos, estudo conduzido no sul do Brasil indicou ausência de associação com significância estatística entre prática religiosa e autopercepção de saúde²¹. Contudo, há distinção com os dados aqui apresentados, pois a investigação relacionou-se a não praticar religião comparado a qual religião praticava. Enquanto que o presente estudo investigou apenas se o adolescente praticava ou não alguma religião.

A presente pesquisa revelou, ainda, que relatar melhor qualidade de vida, aumentou as chances de ter autopercepção de saúde positiva. Os estudos relacionados a qualidade de vida relacionada à saúde em adolescentes revelam que este aspecto tem forte influência do contexto em que vive o sujeito. Estudo realizado com 1.357 adolescentes na faixa etária de 12 a 17 anos, em três países latino americanos (Argentina, Brasil e Chile), revelou influência dos fatores socio-culturais de cada país na avaliação subjetiva sobre a própria saúde e bem-estar²⁵. No presente estudo o aumento em um ponto no escore total de qualidade de vida aumentou em quase 10,0% a chance do adolescente ter autopercepção de saúde positiva. Deste modo, o adolescente que avalia positivamente outras dimensões da própria vida tem maiores chances de avaliar positivamente a saúde.

A literatura aponta que os adolescentes com menor nível econômico e com escolaridade não adequada a faixa etária relatam pior autopercepção de saúde²¹. Achados não corroborados pelos resultados aqui

apresentados. É necessário considerar, todavia, que a amostra da presente pesquisa demonstra relativa homogeneidade na situação econômica e escolar, uma vez que todos os indivíduos provêm de escolas públicas e apresentam classificação econômica semelhante, enquadrando-se majoritariamente nas categorias B e C da classificação econômica.

Embora no presente estudo tenha considerado em relação à família apenas a questão “com quem vive o adolescente”, outros aspectos familiares e sua relação com a autopercepção de saúde já foram investigados. Vale destacar pesquisa com 3.427 estudantes de ensino médio na Croácia que indicou que bons resultados autopercepção de saúde estavam significativamente associados ao capital social da família, da vizinhança e da escola, ou seja, quanto o adolescente se sente apoiado nestes contextos²⁶. Um estudo brasileiro²⁷ indicou que o apoio social familiar prediz fortemente autopercepção de saúde durante toda a adolescência, indicando a importância da família durante esta etapa do desenvolvimento. Deste modo, é necessário considerar tais variáveis em futuras pesquisas.

No presente estudo não foi evidenciada relação com significância estatística entre contexto de violência e autopercepção de saúde. É possível que a investigação dessa temática não tenha sido suficientemente explorada com apenas três perguntas e que uma abordagem mais aprofundada aponte resultados distintos. Cabe considerar que a literatura²¹ aponta diferenças na avaliação subjetiva de saúde de adolescentes que sofreram atos de violência quando comparados aos que não sofreram, sendo demonstrado maior índice de autopercepção de saúde negativa no primeiro grupo.

O presente estudo mostra associações importantes quanto a autopercepção de saúde de adolescentes cursando ensino médio em escolas públicas, sobretudo ao utilizar amostra probabilística e sem patologias associadas, contudo algumas limitações devem ser consideradas. Embora a amostra seja probabilística e o estudo ter sido realizado em dezesseis escolas públicas e nas diversas áreas geográficas do município, não necessariamente reflete as características dos estudantes de ensino médio em sua totalidade, pois não foram incluídas escolas de financiamento privado. Além disso, a seleção de escolas apenas de uma grande cidade limita qualquer referência acerca das percepções de adolescentes de áreas rurais.

CONCLUSÃO

No presente estudo a maioria dos adolescentes classificou a saúde como importante ou muito importante e mais três quartos definiram o seu estado de saúde como bom ou excelente. Além disso, considerando o modelo de regressão logística múltipla hierarquizada, o fato do participante ter moradia própria, praticar alguma religião e ter melhor qualidade de vida aumentou as chances de ter autopercepção de saúde positiva.

Os achados desta pesquisa apontam a importância da qualidade de vida na autopercepção de saúde em adolescentes. Além disso, os aspectos ligados às condições de moradia e a prática religiosa devem ser considerados no estudo da análise subjetiva da condição de saúde no ciclo de vida da adolescência. No entanto, para a obtenção de dados mais robustos ainda é necessário a comparação da autopercepção de saúde de adolescentes em diferentes contextos e situações culturais, familiares e escolares.

REFERÊNCIAS

1. Noronha MI, Rodrigues MA. Saúde e bem-estar de crianças em idade escolar. *Esc Anna Nery*. 2011;15(2):395-401.
2. 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.
3. Soares AHR, Martins AJ, Lopes MCB, Britto JAA, Oliveira CQ, Moreira MCN. Qualidade de vida de crianças e adolescentes: uma revisão bibliográfica. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2011;16(7):3197-206.
4. Felden EPG, Caumann GS, Sacomori C, Daronco LSE, Cardoso FL, Pelegrini A. Sociodemographic factors and body image among high school students. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2015;20(11):3329-37.
5. Silveira MF, Freire RS, Nepomuceno MO, Martins AMEBL, Marcopito LF. Tooth decay and associated factors among adolescents in the north of the State of Minas Gerais, Brazil: a hierarchical analysis. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2015;20(11):3351-64.
6. Videra-García A, Reigal-Garrido R. Autoconcepto físico, percepción de salud y satisfacción vital en una muestra de adolescentes. *Anal Psicol*. 2013;29(1):141-7.

7. Pietiläinen O, Laaksonen M, Rahkonen O, Lahelma E. Self-rated health as a predictor of disability retirement – the contribution of ill-health and working conditions. *PLoS ONE*. 2011;6(9):e25004-11.
8. Louvison MCP, Lebrão ML, Duarte YAO, Santos JLF, Malik AM, Almeida ES. Inequalities in access to health care services and utilization for the elderly in São Paulo, Brazil. *Rev Saúde Pública*. 2008;42(4):733-40.
9. Miilunpalo S, Vuori I, Oja P, Pasanen M, Urponen H. Self-rated health status as a health measure: the predictive value of self-reported health status on the use of physician services and on mortality in the working-age population. *J Clin Epidemiol*. 1997;50(5):517-28.
10. Lucumí DI, Grogan-Kaylor A, Espinosa-García G. Asociación de la posición socioeconómica y la percepción del ambiente con la autopercepción del estado de salud en mujeres de Bogotá, Colombia. *Rev Panam Salud Publica*. 2013;34(1):14-20.
11. Etxaniz IE. Desarrollo del autoconcepto durante la adolescencia y principio de la juventud. *Revista de psicología general y aplicada*. 2005;58(2):265-77.
12. Esnaola I, Goñi A, Madariaga JM. El autoconcepto: perspectivas de investigación. *Rev psicodidact*. 2008;13(1):179-94.
13. ABEP: Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa [homepage on the Internet]. Critério de Classificação Econômica Brasil [cited 2017 Jun 9]. Available from: <http://www.abep.org/criterio-brasil>.
14. Klatchoian DA, Len CA, Terreri MTRA, Silva M, Itamoto C, Ciconelli RM et al. Quality of life of children and adolescents from São Paulo: reliability and validity of the Brazilian version of the Pediatric Quality of Life Inventory TM version 4.0 Generic Core Scales. *J Pediatr*. 2008;84(4):308-15.
15. Lima L, Guerra MP, Lemos MS. Adaptação da escala genérica do inventário Pediátrico de Qualidade de Vida – Pediatric Quality of Life Inventory 4.0 – PedsQL, a uma população portuguesa. *Rev Port Saúde Pública*. 2009;8(1):83-95.
16. McCrindle BW, Zak V, Pemberton VL, Lambert LM, Vetter VL, Lai WW et al. Functional health status in children and adolescents after Fontan: comparison of generic and disease-specific assessments. *Cardiol Young*. 2014;24(3):469-77.
17. Homlong L, Rosvold EO, Bruusgaard D, Lien L, Sagatun Å, Haavet OR. A prospective population-based study of health complaints in adolescence and use of social welfare benefits in young adulthood. *Scand J Public Health*. 2015;43(6):629-37.
18. Wiklund M, Malmgren-Olsson EB, Öhman A, Bergstrom E, Fjellman-Wiklund A. Subjective health complaints in older adolescents are related to perceived stress, anxiety and gender – a cross-sectional school study in Northern Sweden. *BMC Public Health*. 2012;12(1):993-1006.
19. Afridi AAK, Motwani K, Khawaja S, Khoja AA, Fatmi Z, Azam I et al. Self-perceived health among school going adolescents in Pakistan: influence of individual, parental and life style factors? *Glob J Health Sci*. 2013;5(4):71-8.
20. Breidablik HJ, Meland E, Lydersen S. Self-rated health in adolescence: a multifactorial composite. *Scand J Public Health*. 2008;36(1):12-20.
21. Reichert FF, Loch MR, Capilheira MF. Autopercepção de saúde em adolescentes, adultos e idosos. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2012;17(12):3353-62.
22. Pattussi MP, Lalloo R, Bassani DG, Olinto MT. The role of psychosocial, behavioural and emotional factors on self-reported major injuries in Brazilian adolescents: a case-control study. *Injury*. 2008;39(5):561-9.
23. Moreira TMM, Santiago JCS, Alencar GP. Self-perceived health and clinical characteristics in young adult students from the Brazilian northeast. *Rev Esc Enferm USP*. 2014;48(5):794-803.
24. Hansen E, Sund E, Knudtsen MS, Krokstad S, Holmen TL. Cultural activity participation and associations with self-perceived health, life-satisfaction and mental health: the Young HUNT Study, Norway. *BMC Public Health*. 2015;15(1):544-52.
25. Guedes DP, Astudillo HAV, Morales JMM, del Campo Vecino J, Pires Júnior R. Calidad de vida relacionada con la salud de adolescentes latinoamericanos. *Rev Panam Salud Publica*. 2014;35(1):46-52.
26. Novak D, Suzuki E, Kawachi I. Are family, neighbourhood and school social capital associated with higher self-rated health among Croatian high school students? A population-based study. *BMJ Open*. 2015;5(1):e007184-93.
27. Meireles AL, Xavier CC, Andrade ACS, Proietti FA, Caiaffa WT. Self-rated health among urban adolescents: the roles of age, gender, and their associated factors. *PLoS ONE*. 2015;10(7):e0132254-68.