

Sociodemographic and behavioral aspects associated with positive self-perceived health among high school teenagers

Claudio Bispo de Almeida*
Marcela Andrade Rios*
Marcius de Almeida Gomes*
Markus Vinicius Nahas**

23

Abstract

Self-perceived health is considered to be a predictor of mortality and morbidity as it encompasses a global health assessment based on an analysis of the sociodemographic and behavioral aspects associated with positive self-perceived health among high school adolescents. This study aimed to identify the factors regarding sociodemographic aspects and health behaviors associated with positive self-perceived health of teenage students in the city of Guanambi, BA. Therefore, a cross-sectional epidemiological study was carried out with 1,140 adolescents aged between 15 and 19 years old enrolled in public and private schools in the city, using a questionnaire. Data analysis was carried out by means of binary logistic regression, with variables that presented $p < 20\%$ remaining in the final model, and $p < 0.05$ was considered statistically significant. Among the respondents, 60.9% were female, 69.3% were aged 15 to 17 years old, and 68.6% came from families with a monthly income of up to two minimum wages. It was observed that 78.3% of students rated their health positively (those who reported an excellent or good self-perceived health). In general, this outcome was associated with younger ($p = 0.02$) males ($p < 0.01$), with experience using drugs ($p = 0.04$), who were physically activity ($p = 0.02$), and had a lower stress level ($p < 0.01$). In boys, self-perceived health was associated with physical activity ($p = 0.04$) and lower levels of stress ($p < 0.01$). In the analysis with the girls, the outcome was associated with the age group ($p < 0.01$) and with lower levels of stress ($p < 0.01$). It was concluded that the prevalence of positive self-perceived health among high school adolescents was different for males and females, as well as their associated factors.

Keywords: Adolescent behavior. Adolescent health. Teenager.

INTRODUCTION

Self-perceived health can be characterized as a predictor of mortality and morbidity, since it encompasses a global health assessment based on an analysis of the objective and subjective aspects of each individual. Such an assessment has been used in population-based studies and presents itself as a useful tool for analyzing health status, due to its simplicity

and comprehensiveness, while comprehending the person's view of their health, and not only regarding the risk of death¹.

In adolescence, the perception of health is not conditioned by purely organic aspects, but incorporates the diverse dimensions emerging from the teenager's life, such as demographic, social, economic, psychological and

DOI: 10.15343/0104-7809.202044023034

*Universidade do Estado da Bahia, campus XII. Guanambi/BA, Brasil

**Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis/SC, Brasil
E-mail: cbalmeida@uneb.br

competence factors². This phase of the human cycle is characterized by profound biological and psychosocial changes that involve intense growth and development, that is marked by great vulnerability and involvement in risky situations and behaviors³.

Knowing the self-perceived health of adolescents becomes an important indicator for the analysis of the physical and psychological health of this population, since it can be related to several risk factors that may reflect that of their quality of life. The possibility of correcting these risk factors through actions carried out in the community and in the school environment can contribute to better levels of health in adolescents⁴.

Another important characteristic of self-perceived health is that it considers overall health, bringing it closer to the amplified concept of health⁵. As it is a subjective assessment, it is related to health information and knowledge, and socio-cultural and psychological aspects. Some studies show that self-perceived health, when negative, is related to unhealthy behaviors, such as low levels of physical activity⁶ and consumption of alcoholic beverages⁵.

In this sense, it is important to consider that such aspects can influence the perception of health of individuals, especially in developing countries, where there are great economic, social and even behavioral differences, which can produce different patterns of self-perceived health among subjects with different conditions and characteristics⁷. Such differences can also be observed when studying specific population groups, as in the case of adolescents, mainly due to physical, behavioral, psychological changes, among others, that can occur in this vital period of transition.

In Brazil, in 2012, young people aged between 15 and 19 years old corresponded to 8.6% of the country's population, rising to 8.1% in 2019

according to estimates by the Brazilian Institute of Geography and Statistics⁸. In the Northeast region, this frequency is slightly higher, 9% in 2012 and 8.7% in 2019⁹. It is expected that, in this age group, young Brazilians are enrolled and attending high school. However, the frequency found among adolescents at this level of education, in 2011, was less than 51%¹⁰, factors such as school dropout, very low family income, and the lack of educational policies that meet the needs of students can be some explanations for such a value.

Studies in different populations indicate that a positive health assessment may be associated with factors such as sleep time and the practice of vigorous physical activities¹¹. On the other hand, a negative perception of health among adolescents is more prevalent in those belonging to low-income families, among young women, and is related to several psychological aspects, such as high stress, feelings of dissatisfaction with life¹², feelings of sadness, suicidal thoughts and inadequate body weight perception⁴.

It is known that the perception of negative health in adolescents, in another study, was associated with age, the level of stress, the presence of risky health behaviors (unhealthy diet, low level of physical activity, overweight, drinking and smoking habits), lower family income and family relationships (family distance, lack of family support in their decisions, lack of consolidated family structure)¹².

Thus, seeking to understand how health is perceived by adolescents from socioeconomically diverse regions, and which factors are associated with this perception (positive or negative), is an important tool for the definition of educational programs and actions among this specific population. In this context, the relevance of the knowledge of adolescents' self-perceived health for health promotion is highlighted, because it provides insight into their health's situation, while

focusing on people and their physical, social and cultural environment, and not on the disease process.

Therefore, the present study aimed to identify the factors associated (gender, age group, monthly family income, smoking, alcohol consumption, experiences with other drugs, level of physical activity and self-perceived stress) with positive self-perceived health among teenage students in the municipality of Guanambi (BA).

METHODS

This was an epidemiological and cross-sectional study, carried out through the application of questionnaires with adolescents enrolled in high school at private and public schools in Guanambi, a city located in the southwest region of the state of Bahia. The municipality had an average human development index (HDI = 0.673) in 2010¹³.

The study population was composed of students aged 15 to 19 years old, in high school, belonging to the 10 learning centers surveyed (100% of public and private schools with a high school during the period of the study); totaling 4,132 students enrolled in high school. To calculate the sample size, the following parameters were used: confidence level of 95%, estimate error of three percentage points and the prevalence for estimated physical inactivity of 50%. To minimize the inaccuracy of the sample size (conglomerates), the effect of the sample design - *deff*¹⁴ was used, which consists of calculating the ratio between the inaccuracies associated with the estimation of a parameter under two sample designs. For this, the initial number calculated for the sample (n=848) was multiplied by 1.5 (*deff* effect) and the sample size was extrapolated by 20% for possible losses

during collection, totaling 1,527 teenagers.

In all the learning centers surveyed, initially, the consent of the educational institutions was requested to carry out the study. Then, a meeting was held with school leaders to explain the study's procedures. After approval by the Human Research Ethics Committee of the Federal University of Santa Catarina, learning centers were asked to support in the study's logistics, and dates were scheduled for the application of the questionnaires in the selected classes and for explaining to the teachers and students about the study. There, the consent forms were given to the students. The questionnaire was applied in one school at a time, sometimes occurring in several classes within the same learning center.

Thus, 1,374 questionnaires were collected, of which, after sample loss (due to refusals and exclusions - because they were outside the expected age range, or due to inadequate completion of the instrument), 1,140 students remained in the study. Classes (conglomerates) were randomly selected by drawing lots to ensure proportionality by school size, type of school (private, state and federal public), shift (day and night) and grade. In order for the calculation to be developed without major damage to representativeness, a weighting of the sample was carried out (1,140 adolescents), giving weight to individuals so that subsequent statistical analyses could be carried out. This procedure explains the fact that the results are expressed only in percentages.

The data were collected at the end of the second semester of 2012. The data collection team was composed of Physical Education teachers and students, who were previously trained and under the supervision of the researchers responsible for the project. The students in the selected classes were duly informed about the research objectives, the importance of participation and the anonymity of the information.

After voluntarily signing the terms of consent,

by the students of legal age and parents, and by the students under the age of 18, the questionnaires were applied in the classroom. No student or family member received benefits related to participation in the research. The study was submitted to and approved by the Research Ethics Committee of the Federal University of Santa Catarina, under opinion No. 167.017.

The data collection instrument used was composed of 54 questions¹⁵, and divided into six blocks: personal information, physical activities and sedentary behaviors, perception of the school environment, eating habits and weight control, consumption of alcohol and tobacco, perception of health and preventive behavior. This questionnaire was intended to investigate the behavior of Santa Catarina teenagers aged 15 to 19 years old, and it was also used with schoolchildren in 2005 and in 2011 throughout the State of Santa Catarina.

The dependent variable of this study was self-perceived health, expressed in the following question: "In general, how do you consider your health". The response options were: "excellent", "good", "regular", "bad" or "very bad", which were categorized as positive (excellent/good) and negative (fair/bad/very bad). The independent variables investigated were either demographical or economic: gender (male; female), age group (15 to 17 years, 18 and 19 years) and monthly family income (up to two minimum wages; three or more minimum wages); behavioral variables: smoking (no; yes); consumption of alcoholic beverages (no; yes), regardless of the amount ingested and the frequency of consumption; experiences with drugs other than alcohol and smoking (yes; no); practice of moderate to vigorous physical activity (sufficiently active, ≥ 300 minutes/week; and insufficiently active, < 300 minutes/week); and self-perceived stress (positive; negative).

The data were first tabulated in an Excel for Windows spreadsheet, and later transferred to IBM SPSS 22.0 to be analyzed. Data analysis was done in two stages. Initially, a descriptive analysis was performed to characterize the

study population, with frequency distribution calculations. In the second stage, the factors associated with the outcome were verified using a gross binary logistic regression and, afterwards, they were adjusted (backward conditional method), with the results expressed in Odds Ratio (OR) and 95% CI. In the adjusted analysis, all variables were considered at the same level, and in the final model only those that presented a value of $p \leq 0.20$ remained. Factors with $p < 0.05$ were considered factors associated with positive self-perceived health.

RESULTS

Of the 1,140 adolescents participating in the study, 60.9% were female, 69.3% were aged between 15 and 17 years old, and 68.6% were from families with a family income of up to two minimum wages. Regarding health-related behaviors, 99.3% said they were not smokers, 76.1% reported having consumed alcoholic beverages at some point (regardless of quantity), 94.1% said they had no experience with types of drugs other than alcohol and tobacco, 80.3% did not reach the recommendations of 300 min/week of moderate to vigorous physical activities, 78.3% reported a positive self-perception of stress and 69.3% of the surveyed adolescents reported a positive self-perception of health (table 1), with a higher frequency in males 79.8%.

Table 2 considers the association between self-perceived health and the socio-demographic variables and health behaviors of adolescents, of both sexes, showing rough associations of self-perceived health with the variables: sex ($p < 0.01$), age group ($p = 0.03$), family income ($p = 0.04$), physical activity ($p = 0.02$) and self-perceived stress ($p < 0.01$). In the adjusted analysis, associations were found with: sex ($p < 0.01$), age group ($p = 0.02$), experience with other drugs ($p = 0.04$), physical activity ($p = 0.02$) and self-perception of stress ($p < 0.01$).

When considering adjusted analyses (Table

2), it is observed that boys reported a more positive perception of health than girls. The adolescents aged 15 to 17 years old, those classified as sufficiently active and those who reported a positive self-perception of stress, that is, with a lower level of stress, displayed a better self-perception of health. Regarding their experience with other drugs (other than alcohol and tobacco), it was noted that adolescents who said they had experiences with drugs had a more positive self-perception of health than those who did not report such experience.

When analyzing the association of self-perceived health and the sociodemographic and health behavior variables, for males (table 3), it was found that in the rough analysis, associations were found only with the self-perceived stress variable ($p < 0.01$). In the adjusted analysis, associations were found with the variables: physical activity ($p = 0.04$) and self-perceived stress ($p < 0.01$).

When analyzing the association between self-perceived health and self-perceived stress (Table 3), it was found that boys with a negative self-perceived stress had lesser chance of positive self-perceived health than those with positive self-perceived stress (OR= 0.20; 0.11-0.36). Teenagers with insufficient levels of physical activity had a 29% lesser chance of positive self-perception of health than those with a level of physical activity considered to be adequate.

Table 4 shows self-perceived health and associations with the sociodemographic and health behavior variables of female adolescents. Both in the rough and adjusted analyses, associations were respectively found with the variables: age group ($p < 0.01$; $p < 0.01$) and self-perceived stress ($p < 0.01$; $p < 0.01$). Thus, adolescents aged 15 to 17 years old and those with positive self-perceived stress showed a more positive self-perceived health than their older peers, and those with negative self-perceived stress.

Tabela 1 – Sociodemographic and health behavior characteristics of high school teenagers in Guanambi, Bahia, Brazil, 2012 (n=1,140).

SOCIODEMOGRAPHIC VARIABLES AND HEALTH BEHAVIORS	FREQUENCY DISTRIBUTION* (%)	MALES (%)	FEMALES (%)
Sex			
Male	39.1	----	----
Female	60.9	----	----
Age Range			
15 to 17 years	69.3	68.6	69.8
18 to 19 years	30.7	31.4	30.2
Family income			
Up to 2 minimum wages	68.6	57.9	75.4
3 or more minimum wages	31.4	42.1	24.6
Smoker			
Yes	0.7	1.3	0.3
No	99.3	98.7	99.7
Alcohol Consumption			
Yes	76.1	71.2	79.3
No	23.9	28.8	20.7
Experience with other drugs**			
Yes	3.7	5.8	2.4
No	94.1	90.7	96.2
I do not want to answer	2.2	3.5	1.4
Practice of Physical Activity			
Sufficiently Active	19.7	23.8	17.0
Insufficiently Active	80.3	76.2	83.0
Self-perceived stress			
Positive	78.3	85.8	73.4
Negative	21.7	14.2	26.6
Self-perceived health			
Positive	69.3	79.8	62.7
Negative	30.7	20.2	37.3

*Values expressed in % due to the weighting of the sample, which attributed different weights to the individuals for analysis.

**Drugs other than alcohol and tobacco.

Table 2 - Association between self-perceived health and sociodemographic variables and health behaviors of high school adolescents in Guanambi, Bahia, Brazil, 2012 (n=1,140).

VARIABLES	SELF-PERCEPTION OF HEALTH				
	PREVALENCE (%) POSITIVE SELF-PERCEPTION OF HEALTH ¹	GROSS OR (95% CI)	p	ADJUSTED OR (95% CI) ²	p
Sex					
Male	79.7	1		1	
Female	62.6	0.43 (0.32-0.56)		0.47 (0.35-0.64)	
Age Range			0.03		0.02
15 to 17 years	71.4	1		1	
18 to 19 years	64.8	0.74 (0.56-0.96)		0.72 (0.54-0.96)	
Family income			0.04		0.89
Up to 2 minimum wages	67.4	1		1	
3 or more minimum wages	73.6	1.35 (1.02-1.78)		0.98 (0.72-1.33)	
Smoker			0.91		0.69
Yes	69.3	1		1	
No	71.4	1.10 (0.23-5.29)		1.43 (0.24-8.41)	
Alcohol Consumption			0.97		0.83
Yes	69.4	1		1	
No	69.3	0.99 (0.74-1.34)		0.97 (0.70-1.34)	
Experience with other drugs**			0.09		0.04
Yes	78.6	1		1	
No	69.4	0.30 (0.10-0.88)		0.28 (0.09-0.86)	
I do not want to answer	52.0	0.49 (0.22-1.09)		0.36 (0.15-0.83)	
Practice of Physical Activity			0.02		0.02
Sufficiently Active	76.0	1		1	
Insufficiently Active	67.6	0.66 (0.47-0.92)		0.64 (0.45-0.92)	
Self-perceived stress			<0.01		<0.01
Positive	75.1	1		1	
Negative	48.6	0.31 (0.23-0.42)		0.34 (0.25-0.45)	

¹ Positive self-perceived health;

² Multivariate analysis using binary logistic regression, adjusted for the following variables: sex, age, monthly family income, smoking, alcohol consumption, experience with other drugs, physical activity and self-perceived stress; Selection method adopted: Backward. 95% CI (Confidence interval = 95%).

Table 3 -Association between self-perceived health and variables: sociodemographic and health behaviors of male adolescents (15 to 19 years old) from high school in Guanambi, Bahia, Brazil, 2012 (n=1,140).

VARIABLES	SELF-PERCEPTION OF HEALTH				
	PREVALENCE (%) POSITIVE SELF-PERCEPTION OF HEALTH ¹	GROSS OR (95% CI)	p	ADJUSTED OR (95% CI) ²	p
Age Range					
15 to 17 years	78.4	1		1	
18 to 19 years	82.6	1.29 (0.77-2.17)		0.77 (0.46-1.27)	
Family income					
Up to 2 minimum wages	81.0	1		1	
3 or more minimum wages	78.3	0.84 (0.53-1.35)		0.55 (0.08-3.50)	
Smoker					
Yes	80.1	1		1	
No	66.7	0.42 (0.08-2.26)		1.45 (0.80-2.61)	
Alcohol Consumption					
Yes	78.5	1		1	
No	82.5	1.30 (0.76-2.21)		0.37 (0.09-1.60)	
Experience with other drugs**					
Yes	80.0	1		1	
No	80.9	0.29 (0.07-1.17)		1	
I do not want to answer	53.3	0.27 (0.09-0.76)		0.53 (0.28-0.99)	
Practice of Physical Activity					
Sufficiently Active	83.7	1		1	
Insufficiently Active	78.4	0.71 (0.40-1.27)		0.20 (0.11-0.36)	
Self-perceived stress					
Positive	84.0	1		0.77 (0.46-1.27)	
Negative	53.2	0.21 (0.12-0.38)			

¹Positive self-perceived health;

²Multivariate analysis using binary logistic regression, adjusted for the following variables: age, monthly family income, smoking, alcohol consumption, experience with other drugs, physical activity and self-perceived stress.

Selection method adopted: Backward.
95% CI (Confidence interval = 95%).

Table 4 -Association between self-perceived health and variables: sociodemographic and health behaviors of female adolescents (15 to 19 years old) from high school in Guanambi, Bahia, Brazil, 2012 (n=1,140).

VARIABLES	SELF-PERCEPTION OF HEALTH				
	PREVALENCE (%) POSITIVE SELF- PERCEPTION OF HEALTH ¹	GROSS OR (95% CI)	p	ADJUSTED OR (95% CI) ²	p
Age Range					
15 to 17 years	66.9	1		1	
18 to 19 years	52.9	0.56 (0.40-0.77)		0.54 (0.38-0.76)	
Family income					
Up to 2 minimum wages	60.7	1		1	
3 or more minimum wages	68.5	1.41 (0.97-2.04)		1.13 (0.77-1.67)	
Smoker					
Yes	62.5	1		1	
No	100.0	*		*	
Alcohol Consumption					
Yes	64.1	1		1	
No	57.4	0.75 (0.52-1.10)		0.78 (0.52-1.16)	
Experience with other drugs**					
Yes	76.5	1		1	
No	62.5	0.31 (0.05-1.75)		0.22 (0.04-1.33)	
I do not want to answer	55.6	0.64 (0.17-2.36)		0.49 (0.13-1.92)	
Practice of Physical Activity					
Sufficiently Active	69.0	1		1	
Insufficiently Active	61.3	0.70 (0.46-1.08)		0.66 (0.42-1.02)	
Self-perceived stress					
Positive	68.3	1		1	
Negative	47.0	0.41 (0.29-0.58)		0.39 (0.28-0.56)	

¹Positive self-perceived health.

²Multivariable analysis using binary logistic regression, adjusted for the following variables: age, monthly family income, smoking, alcohol consumption, experience with other drugs, physical activity and self-perceived stress. Selection method adopted: Backward.

*The n found did not meet the statistical criteria for the analysis.

95% CI (Confidence interval = 95%).

DISCUSSION

The study investigated positive self-perceived health in school teenagers, seeking to verify the association with sociodemographic, behavioral factors, physical activity and self-perceived stress. The analysis of the results showed that more than 69% of the interviewees rated their health positively. In another study, the prevalence of positive health perception equal to 53% was found among students¹⁶. Meanwhile, in other studies with adolescents, higher prevalences were found^{4,17,18}, which may reveal how much adolescence corresponds to a healthy period of the life cycle, although this stage is marked by radical changes.

Boys showed a higher positive self-perception of health than girls, which corroborates studies with adolescents that point to a higher prevalence of negative self-perception of health among females^{4,12,17,18}. In this sense, in a study conducted with 181 adolescents on lifestyle indicators and cardiorespiratory fitness, it was observed that boys reported having better health when compared to girls¹⁹. However, some studies indicate that girls adolescents are more attentive to aspects that encompass health and seek health services more, thus being more informed about the nuances that encompass the health-disease process^{1,20}.

The factors associated with positive self-perceived health varied when analyzed for both sexes jointly and separately. In general, it was associated with the age group, experience with drugs and performing physical activities.

Respondents aged up to 17 years old had a greater chance of positive self-perception than those aged 18 and 19 years. A systematic review study with adolescents found that the older the age group, the greater the prevalence of negative self-perceived health. The authors suggest that, over the years, adolescents are more concerned with their health and can also modify their behavior, including risky behaviors¹². In another study carried out with schoolchildren in the city of Olinda, PE, it was found that adolescents with a higher age group

were more likely to have a negative perception of health than their younger peers⁴. It was reinforced that being younger may be related to a more positive self-perception of health by adolescents.

No statistically significant association was found between the family income variable and the outcome studied, differently from what was observed in a study in Santa Catarina²⁰ and other North American and European countries²¹. Therefore, a local characteristic of the evaluated population is noticed, but this requires more in-depth studies to confirm this statement.

The use of alcoholic beverages, which is considered a risky health behavior, although not statistically associated in this study with self-perceived health presented more than 75% of affirmative responses regarding use. It is known that the early start of alcohol use is an indicator of impaired health status, because it is associated with an increased risk for alcohol dependence and abuse at later ages⁵. It is important to emphasize that adolescence represents one of the most critical stages of life, for its nature that is transitional and submitted to social, internal and family influences, which can lead these individuals to start using legal and illegal drugs. A study evaluated that the existence of stressful events during life and being close to friends who use drugs are factors associated with adherence to risk behaviors by adolescents²².

As for the use of other drugs, which are considered illegal, the present study pointed out that 3.7% of adolescents reported using them. This finding succinctly discusses the need for health education with such adolescents, emphasizing the consequences of using such substances, which, although they can provide momentary well-being, caused by the action of substances in the nervous system, have a devastating action over time. In this context, the importance of actions is pointed out in a space of formal and informal education, whether in the community or school environment, but which aim to minimize risk factors and

encourage protective factors for the promotion of the adolescents' health^{4,22}.

The use of tobacco was lower than that of other studies, raising the hypothesis of the effectiveness of anti-smoking campaigns carried out in the country over the last twenty years, emphasizing smoking as a bad thing and less socially tolerated²³. The significant decrease in tobacco use has been demonstrated in studies with data from different locations in Brazil^{24,25}.

In contrast to the decreasing trend in the prevalence of tobacco use, the use of other illicit drugs show an increasing trend in data. The frequency found in this study for the use of other drugs, although higher than that estimated for the use of tobacco, was found to be lower than that found for adolescents participating in National School Health Survey (PeNSE - 2015)²⁵.

Moreover, in the present study it was found that physical activity was a variable associated with the boys' positive self-perceived health. Thus, male teenagers who reported being sufficiently active has a better self-perception of health, a finding similar to another study carried out in Northeastern Brazil²⁶.

Higher levels of physical activity in boys can be explained by biological, sociocultural, body perception and gender attributes. Since childhood, social and cultural roles have been assigned according to gender that influence the choices of physical activity. In a recent study, differences were identified between male and female adolescents, in the study, boys showed higher levels of physical activity, and preference for the practice of soccer, skateboarding or rollerblading, cycling, running or jogging and basketball, while girls preferred to practice walking, walking with dogs, dancing, games and gymnastics²⁷.

In a survey conducted with Brazilian adolescents

on physical inactivity at leisure, it was found that the prevalence was high, being more prevalent among girls, and was associated with age and low socioeconomic status²⁸. When studying young Brazilian university students aged 17 to 21 years old, it was found that there is a relationship between the amount of vigorous physical activities and the positive perception of health in this population, which suggests that this topic goes deeper¹¹. It is also important to study during which stage of exercise practice the adolescent is in; as in a survey conducted in Florianópolis, SC, the positive perception was associated with the time of exposure to exercise²⁹.

Self-perceived stress also had a significant relationship with self-perceived health, both for adolescents in general and for sexes separately. Those who reported less stress had a more positive self-perception of health, a finding different from that found in a study conducted in Santa Catarina²⁰.

The most stressful life events in adolescence can be diverse ranging from life changes, such as separation of parents, illness in the family, chronic stressful conditions such as poverty, constant family conflicts, to everyday problems such as school evaluations and disputes with friends¹⁵. Thus, it is important to consider these various stressful events reported by students when assessing self-perceived health.

It is important to highlight the limitations of the present study, which, due to its cross-sectional design, allows a momentary view of the outcome and exposure, a fact that does not allow temporarily understanding the relationship between possible causes (sociodemographic characteristics and risk behavior) with the effect (positive self-perception of health). Future prospective studies and more objective measures are needed to elucidate the direction of the associations found.

CONCLUSION

It is concluded that the prevalence of positive self-perceived health among high school adolescents was similar to studies with similar populations and was different for men and women, as well as their associated factors. In general, the variables that showed an association were sex, age, experience with drugs, physical activity and self-perceived stress; the latter being the only variable associated with positive self-perceived health for both sexes. It was observed that some risky behaviors, such

as the use of tobacco and illicit drugs, displayed a low frequency, however, more than 70% of the young people interviewed had already tried alcoholic beverages at some point in their lives. Less than 20% of adolescents reported moderate physical activity.

The relevance of health education activities in schools, especially aimed at clarifying health risk behaviors, is emphasized to help adolescents have a healthy social, physical and mental growth process.

REFERENCES

1. Mendonça G, Farias Júnior JC. Percepção de saúde e fatores associados em adolescentes. *Rev Bras Ativ Fis Saúde*. 2012;17(3):174-80.
2. Page RM, Simonek J, Ihász F, Hantiu I, Uvacsek M, Kalabiska I, et al. Self-rated health, psychosocial functioning, and other dimensions of adolescent health in Central and Eastern European adolescents. *Eur J Psychiat*. 2009;23(2):101-14.
3. Ceballos G. El adolescente y sus retos: la aventura de hacerse mayor. Madrid: Pirámide, 2009 World Health Organization (WHO). Global status report on alcohol and health. Geneva: WHO, 2014.
4. Silva BRVS, Santos DCG, Valença PAM, Moraes LX, Silva AO, et al. Prevalência e fatores associados à autopercepção negativa em saúde de adolescentes: um estudo piloto. *Arq Cienc Saúde UNIPAR*. 2018;22(3):193-97.
5. World Health Organization (WHO). Global status report on alcohol and health. Geneva: WHO, 2018. Disponível em: <https://www.who.int/publications-detail/global-status-report-on-alcohol-and-health-2018>.
6. Silva AO, Diniz PRB, Santos MEP, Ritti-Dias RM, Farah BQ, Tassitano RM et al. Health self-perception and its association with physical activity and nutritional status in adolescents. *J Pediatr*. 2019;95(4):458-65.
7. Reichert FF, Loch MR, Capilheira MF. Autopercepção de saúde em adolescentes, adultos e idosos. *Ciênc Saúde Colet*. 2012;17(12):3353-62.
8. Brasil. Ministério da Saúde. Datasus. Departamento de informática do SUS. Projeção da população das unidades da federação por sexo e grupos de idade. Brasília: Ministério da Saúde, 2019. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?ibge/cnv/projpopuf.def>
9. Brasil. Ministério da Saúde. Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde. Projeção da população das unidades da Federação por sexo e grupos de idade: 2000 - 2030. Brasília: Ministério da Saúde, 2019. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?ibge/cnv/projpopuf.def>
10. Castro MHG, Torres HG, França D. Os jovens e o gargalo do ensino médio brasileiro. 1ª Análise Seade, n 5: Fundação Sistema Estadual de Análise de Dados (SEADE), 2013. Disponível em: <https://www.observatoriodopne.org.br/>
11. Andrade RD, Felden EPG, Teixeira CS, Pelegrini A. Sono, percepção de saúde e atividade física em adolescentes universitários. *Adolesc Saude*. 2017;14(4):150-6.
12. Silva BRVS, Andrade PMC, Baad VMA, Valença PAM, Menezes VA, Amorim VC, et al. Prevalência e fatores associados à autopercepção negativa em saúde dos adolescentes: uma revisão sistemática. *Rev Bras Promoç Saúde*. 2016;29(4):595-601.
13. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). IBGE cidades. 2015. Disponível em: <http://www.cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?lang=&codmun=291170&search=bahia|guanambi>
14. Luiz RR, Magnanini MMF. A lógica da determinação do tamanho da amostra em investigações epidemiológicas. *Cad Saude Colet*. 2000;8(2):9-28.
15. Nahas MV, Barros MVG, De Bem MFL, Oliveira ESA, Loch MR. Estilo de vida e indicadores de saúde dos jovens catarinenses. Relatório da Pesquisa desenvolvida pelo Núcleo de Pesquisa em Atividade Física & Saúde com amostra representativa dos estudantes de 15 a 19 anos matriculados nas escolas estaduais do ensino médio em Santa Catarina. Florianópolis: Editora da UFSC, 2005.
16. Silva JS, Mendonça WF, Bastos LLAG, Leite ST. O conceito de saúde e de hábitos saudáveis na escola. *Pensar Prat*. 2017; 20(4):808-21.
17. Silva BRVS, SILVA AO, Passos MHP, Soares FC, Valença PAM, Menezes VA, et al. Autopercepção negativa de saúde associada à

- violência escolar em adolescentes. *Ciênc Saúde Colet.* 2018;23(9):2909-16.
18. Cruz RCS, Paixão LAR, Gomes MMF, Moura LBA. Percepção de saúde do adolescente brasileiro: uma abordagem intergeracional baseada na Pesquisa Nacional de Saúde. *Adolesc Saude.* 2017;14(4):133-42.
19. Victo ER, Ferraria GLM, Silva Junior JP, Araújo TL, Matsudo VKR. Indicadores de estilo de vida e aptidão cardiorrespiratória de adolescentes. *Rev Paul Pediatr.* 2017;35(1):61-8.
20. 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.
21. Richter M, Erhart M, Vereecken CA, Zambon A, Boyce W, Gabhainn SN. The role of behavioral factors in explaining socio-economic differences in adolescent health: a multilevel study in 33 countries. *Soc Sci Med.* 2009;69:396-403.
22. Zappe JG, Dell'Aglío DD. Variáveis pessoais e contextuais associadas a comportamentos de risco em adolescentes. *J Bras Psiquiatr.* 2016;65(1):44-52.
23. Elicker E, Palazzo LS, Aerts DRGC, Alves GG, Câmara S. Uso de álcool, tabaco e outras drogas por adolescentes escolares de Porto Velho-RO, Brasil. *Epidemiol Serv Saúde.* 2015;24(3): 399-410.
24. Carlini ELA, Noto AR, Sanchez ZVDM, Carlini CMA, Locatelli DP, Abeid LR, et al. VI Levantamento Nacional sobre o Consumo de Drogas Psicotrópicas entre Estudantes do Ensino Fundamental e Médio das Redes Pública e Privada de Ensino nas 27 Capitais Brasileiras -2010. São Paulo: CEBRID - Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas, 2010.
25. Brasil. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Coordenação de População e Indicadores Sociais. Pesquisa nacional de saúde do escolar: 2015. Rio de Janeiro: IBGE, 2016. Disponível em: <https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv97870.pdf>
26. Farias Junior JC, Lopes AS, Mota J, Hallal PC. Prática de atividade física e fatores associados em adolescentes no Nordeste do Brasil. *Rev Saude Publ.* 2012;46(3):505-15.
27. Silva AAP, Camargo EM, Silva AT, Silva JSB, Hino AAF, Reis RS. Characterization of physical activities performed by adolescents from Curitiba, Brazil. *Rev Bras Med Esporte.* 2019; 25(3):211-15.
28. Cureau FV, Silva TLN, Bloch KV, Fujimori E, Belfort DR, Carvalho KMB, et al. ERICA: inatividade física no lazer em adolescentes brasileiros. *Rev Saude Publ.* 2016;50(supl 1):4s.
29. Matias TM, Andrade A, Maciel GM, Dominski FH, Lopes MVV. O estágio de manutenção para o exercício está associado à uma melhor percepção de diferentes indicadores de saúde na adolescência. *Rev Bras Ativ Fís Saúde.* 2017;22(5):479-85.

Aspectos sociodemográficos e comportamentais associados à autopercepção de saúde positiva entre adolescentes do ensino médio

Claudio Bispo de Almeida*
Marcela Andrade Rios*
Marcius de Almeida Gomes*
Markus Vinicius Nahas**

23

Resumo

A autopercepção de saúde é considerada como um preditor para a mortalidade e para a morbidade, uma vez que abrange uma avaliação global de saúde com base em uma análise dos aspectos sociodemográficos e comportamentais associados à autopercepção de saúde positiva entre adolescentes do ensino médio. O estudo objetivou identificar os fatores associados à autopercepção positiva de saúde de adolescentes escolares no município de Guanambi-BA, quanto aos aspectos sociodemográficos e comportamentos de saúde. Para tanto, foi realizado um estudo epidemiológico do tipo transversal junto a 1.140 adolescentes com idades entre 15 e 19 anos matriculados em escolas das redes pública e privada do município, por meio de questionário. A análise dos dados foi por meio de regressão logística binária permanecendo no modelo final as variáveis que apresentaram $p < 20\%$, e considerou-se estatisticamente significativo o valor de $p < 0,05$. Entre os respondentes, 60,9% eram do sexo feminino, 69,3% tinham idade de 15 a 17 anos, e 68,6% com origem em famílias com renda mensal de até dois salários mínimos. Observou-se que 78,3% dos estudantes classificaram positivamente sua saúde (aqueles que relataram uma autopercepção de saúde excelente ou boa). No geral, o desfecho mostrou-se associado ao sexo masculino ($p < 0,01$), aos mais jovens ($p = 0,02$), à experiência com drogas ($p = 0,04$), à realização de atividades físicas ($p = 0,02$), e com menor nível estresse ($p < 0,01$). Nos rapazes a autopercepção de saúde associou-se à realização de atividades físicas ($p = 0,04$) e a menores níveis de estresse ($p < 0,01$). Na análise com as moças, o desfecho associou-se à faixa etária ($p < 0,01$) e a menores níveis de estresse ($p < 0,01$). Conclui-se que a prevalência de autopercepção positiva de saúde entre adolescentes escolares do ensino médio mostrou-se diferente para os sexos masculino e feminino, bem como seus fatores associados.

Palavras-chaves: Comportamento do adolescente. Saúde do adolescente. Adolescente.

INTRODUÇÃO

A autopercepção de saúde pode ser caracterizada como um preditor para a mortalidade e para a morbidade, uma vez que abrange uma avaliação global de saúde com base em uma análise dos aspectos objetivos e subjetivos de cada indivíduo. Tal avaliação vem sendo utilizada em estudos de base populacional e se apresenta como uma ferramenta útil para análise do estado de saúde, por sua simplicidade e abrangência,

compreendendo a visão que a pessoa tem sobre sua saúde, e não somente quanto ao risco de morte¹.

Na adolescência, a percepção de saúde não está condicionada por aspectos puramente orgânicos, mas incorpora as diversas dimensões emergentes da vida do adolescente, como os fatores demográficos, sociais, econômicos, psicológicos e de competência². Essa fase do ciclo humano

DOI: 10.15343/0104-7809.202044023034

*Universidade do Estado da Bahia, campus XII. Guanambi/BA, Brasil

**Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis/SC, Brasil
E-mail: cbalmeida@uneb.br

é caracterizada por profundas transformações biológicas e psicossociais que envolvem intenso crescimento e desenvolvimento, sendo marcada por grande vulnerabilidade e envolvimento em situações e comportamentos de risco³.

Conhecer a autopercepção de saúde de adolescentes torna-se um importante indicador para a análise da saúde física e psicológica desta população, uma vez que pode ser relacionada a diversos fatores de riscos que poderão refletir na da qualidade de vida. A possibilidade de corrigir esses fatores de risco por meio de ações realizadas na comunidade e no ambiente escolar pode contribuir para melhores níveis de saúde em adolescentes⁴.

Outra característica importante da autopercepção de saúde é que ela contempla a saúde de forma global, aproximando-a do conceito ampliado de saúde⁵. Por se tratar de uma avaliação subjetiva, a mesma se encontra relacionada às informações e conhecimento de saúde, e aspectos socioculturais e psicológicos. Alguns estudos mostram que a autopercepção de saúde, quando negativa, possui relação com comportamentos não saudáveis, como por exemplo, baixos níveis de atividade física⁶ e consumo de bebidas alcoólicas⁵.

Nesse sentido, é importante considerar que tais aspectos podem influenciar a percepção de saúde dos indivíduos, especialmente em países em desenvolvimento, onde há grandes diferenças econômicas e sociais, e até mesmo comportamentais, podendo produzir padrões de autopercepção de saúde diferenciados entre sujeitos com distintas condições e características⁷. Tal diferença também pode ser observada ao estudar grupos populacionais específicos, como no caso dos adolescentes, principalmente por conta das mudanças, físicas, comportamentais, psicológicas, dentre outras que podem ocorrer neste período vital de transição.

No Brasil, no ano de 2012, os jovens com idade entre 15 a 19 anos correspondiam a 8,6% da população do país, passando para 8,1% em 2019 segundo estimativas do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística⁸. Na região Nordeste, essa frequência apresenta-se um pouco maior, 9% em 2012 e 8,7% no ano de 2019⁹. Espera-se que, nessa faixa etária, os jovens brasileiros

estejam matriculados e cursando o ensino médio, entretanto a frequência escolar encontrada de adolescentes nesse nível de educação, no ano de 2011, foi de menos de 51%¹⁰, fatores como o abandono escolar, renda familiar muito baixa, e a falta de políticas de ensino que atendam as necessidades dos alunos podem ser algumas explicações para tal valor.

Estudos em populações diversas indicam que a avaliação positiva de saúde pode estar associada a fatores como tempo de sono e prática de atividades físicas vigorosas¹¹. Por outro lado, uma percepção negativa de saúde em adolescentes é mais prevalente naqueles pertencentes a famílias de menor renda, entre jovens do sexo feminino e está relacionado a diversos aspectos psicológicos como, por exemplo, estresse elevado, sentimento de insatisfação com a vida¹², sentimento de tristeza, pensamentos suicidas e percepção inadequada do seu peso corporal⁴.

Sabe-se que a percepção de saúde negativa em adolescentes, em outro estudo, foi associada à idade, ao nível de estresse, à presença de comportamentos de risco a saúde (dieta pouco saudável, baixo nível de atividade física, sobrepeso, hábitos de beber e fumar), à menor renda familiar e com as relações familiares (distanciamento familiar, falta de apoio da família em suas decisões, falta de estrutura familiar consolidada)¹².

Assim, buscar o entendimento de como a saúde é percebida por adolescentes de regiões socioeconomicamente diversas, e quais os fatores associados a essa percepção (positiva ou negativa), apresenta-se como ferramenta importante para a definição de programas e ações educativas nessa população específica. Nesse contexto, destaca-se a relevância do conhecimento da autopercepção de saúde dos adolescentes para a promoção da saúde, proporcionando o conhecimento da situação de saúde, com foco nas pessoas e em seu ambiente físico, social e cultural, e não no processo de doença.

Portanto, o presente estudo teve o objetivo de identificar os fatores associados (sexo, faixa etária, renda familiar mensal, tabagismo, consumo de álcool, experiências com outras drogas, nível de atividade física e autopercepção de estresse) à autopercepção positiva de saúde de adolescentes escolares no município de Guanambi (BA).

MÉTODOS

Trata-se de um estudo epidemiológico e transversal, realizado por meio da aplicação de questionários junto a adolescentes matriculados no ensino médio de unidades escolares particulares e públicas de Guanambi, cidade localizada na região sudoeste do estado da Bahia. O município possuía índice médio de desenvolvimento humano (IDH = 0,673), em 2010¹³.

A população do estudo foi composta por escolares, com idade de 15 a 19 anos, do ensino médio, pertencentes às 10 unidades de ensino pesquisadas (100% das escolas públicas e privadas com ensino médio no período da pesquisa), totalizando 4.132 alunos matriculados no ensino médio. Para o cálculo do tamanho da amostra foram utilizados os seguintes parâmetros: nível de confiança de 95%, erro de estimativa de três pontos percentuais e a prevalência para inatividade física estimada de 50%. Para minimizar a imprecisão do tamanho da amostra (conglomerados), utilizou-se o efeito do design amostral - *deff*¹⁴, que consiste em calcular a razão entre as imprecisões associadas à estimativa de um parâmetro sob dois desenhos amostrais. Para isso, o número inicial calculado para a amostra (n=848) foi multiplicado por 1,5 (efeito *deff*) e extrapolou-se em 20% o tamanho da amostra para possíveis perdas durante a coleta, totalizando-se 1.527 adolescentes.

Em todas as unidades de ensino pesquisadas, inicialmente, foram solicitadas as anuências das instituições de ensino para a realização da pesquisa. Em seguida, realizou-se reunião com dirigentes escolares para explicar os procedimentos da pesquisa. Após a aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Santa Catarina pediu-se as unidades de ensino, apoio na logística da investigação, e agendou-se as datas para a aplicação dos questionários nas turmas sorteadas e para explicação à professores e estudantes sobre a pesquisa, momento em que foi entregue,

aos alunos, os termos de consentimento e de assentimento. A aplicação do questionário aconteceu em uma escola de cada vez, ocorrendo, algumas vezes, em várias turmas dentro da mesma unidade de ensino.

Assim, foram coletados 1.374 questionários, dos quais, após perda amostral (em virtude de recusas e exclusões - por estarem fora da faixa etária prevista, ou por preenchimento inadequado do instrumento), permaneceram no estudo 1.140 escolares. As turmas (conglomerados) foram selecionadas aleatoriamente por meio de sorteio de forma a garantir a proporcionalidade por tamanho da escola, tipo de escola (privada, pública estadual e pública federal), turno (diurno e noturno) e série. Para que o cálculo fosse desenvolvido sem maiores prejuízos à representatividade, realizou-se uma ponderação da amostra (1.140 adolescentes), atribuindo-se peso aos indivíduos para que fossem feitas as análises estatísticas posteriores. Tal procedimento explica o fato de os resultados estarem expressos apenas em percentuais.

Os dados foram coletados no final do segundo semestre de 2012. A equipe de coleta de dados foi composta por professores e acadêmicos de Educação Física, previamente treinados e sob a supervisão dos pesquisadores responsáveis pelo projeto. Os escolares das turmas sorteadas foram devidamente informados sobre os objetivos da pesquisa, da importância da participação e do anonimato das informações.

Após assinados, voluntariamente, os devidos termos de consentimento, pelos estudantes maiores de idade e pelos pais, e assentimento pelos alunos menos de 18 anos, os questionários foram aplicados em sala de aula. Nenhum estudante ou familiar receberam benefícios relacionado a participação na pesquisa. O estudo foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética de Pesquisa da Universidade Federal de Santa Catarina, sob parecer nº 167.017.

O instrumento de coleta de dados utilizado foi composto por 54 questões¹⁵, e distribuídas em seis blocos: informações pessoais, atividades físicas e comportamentos

sedentários, percepção do ambiente escolar, hábitos alimentares e controle de peso, consumo de álcool e tabaco, percepção de saúde e comportamento preventivo. Tal questionário destina-se à investigação dos comportamentos de adolescentes catarinenses na faixa etária de 15 a 19 anos, foi utilizado com escolares em 2005 e em 2011 em todo o Estado de Santa Catarina.

A variável dependente deste estudo foi a autopercepção de saúde, expressa na seguinte questão: “Em geral, como você considera sua saúde”. As opções de resposta eram: “excelente”, “boa”, “regular”, “ruim” ou “péssima”, as quais foram categorizadas em positiva (excelente/boa) e negativa (regular/ruim/péssima). As variáveis independentes investigadas foram as demográficas e econômicas: sexo (masculino; feminino), faixa etária (15 a 17 anos, 18 e 19 anos) e renda familiar mensal (até dois salários mínimos; três ou mais salários mínimos); variáveis comportamentais: tabagismo (não; sim); consumo de bebidas alcoólicas (não; sim), independentemente da quantidade ingerida e da frequência de consumo; experiências com outras drogas, diferente de álcool e fumo (sim; não); prática de atividade física moderada à vigorosa (suficientemente ativos, ≥ 300 minutos/semana; e insuficientemente ativos, < 300 minutos/semana); e autopercepção de estresse (positiva; negativa).

Os dados foram, primeiramente, tabulados em planilha do *Excel for Windows*, e transferidos posteriormente para o *IBM SPSS 22.0* para serem analisados. A análise dos dados foi feita em duas etapas. Inicialmente, realizou-se análise descritiva para caracterizar a população do estudo, com cálculos de distribuição de frequências. Na segunda etapa, procedeu-se a verificação dos fatores associados ao desfecho, por meio da regressão logística binária bruta e, posteriormente à ajustada (método *backward conditional*), com os resultados expressos em *Odds Ratio* (OR) e IC95%. Na análise ajustada, todas as variáveis foram consideradas no mesmo nível, permanecendo no modelo final apenas

aquelas que apresentaram um valor de $p \leq 0,20$. Foram considerados fatores associados à autopercepção positiva de saúde as variáveis com $p < 0,05$.

RESULTADOS

Dos 1.140 adolescentes participantes do estudo, 60,9% eram do sexo feminino, 69,3% estavam na faixa etária de 15 a 17 anos de idade, e 68,6% eram provenientes de famílias com renda familiar de até dois salários mínimos. Com relação aos comportamentos relacionados à saúde, 99,3% afirmaram não serem fumantes, 76,1% relataram ter consumido bebida alcoólica alguma vez (independente da quantidade), 94,1% disseram não ter tido experiência com outros tipos de drogas diferentes de álcool e tabaco, 80,3% não atingiam as recomendações de 300 min/semana de atividades físicas moderadas à vigorosas, 78,3% relataram uma autopercepção de estresse positiva e 69,3% dos adolescentes pesquisados relataram uma autopercepção de saúde positiva (tabela 1), com uma frequência maior no sexo masculino 79,8%.

A Tabela 2 considera a associação entre a autopercepção de saúde e as variáveis sociodemográficas e comportamentos de saúde dos adolescentes, de ambos os sexos, demonstrando associações brutas da autopercepção de saúde com as variáveis: sexo ($p < 0,01$), faixa etária ($p = 0,03$), renda familiar ($p = 0,04$), atividade física ($p = 0,02$) e autopercepção de estresse ($p < 0,01$). Na análise ajustada foram encontradas associações com: sexo ($p < 0,01$), faixa etária ($p = 0,02$), experiência com outras drogas ($p = 0,04$), atividade física ($p = 0,02$) e autopercepção de estresse ($p < 0,01$).

Ao considerar as análises ajustadas (Tabela 2), observa-se que os rapazes relataram uma percepção de saúde mais positiva do que as moças. Apresentaram, ainda, uma melhor autopercepção de saúde os adolescentes com idades de 15 a 17 anos, aqueles classificados

como suficientemente ativos e aqueles que relataram uma autopercepção de estresse positiva, ou seja, com um menor nível de estresse. Com relação à experiência com outras drogas (diferentes de álcool e tabaco), notou-se que os adolescentes que disseram ter experiências com drogas apresentassem uma autopercepção de saúde mais positiva do que aqueles que não relataram tal experiência.

Quando analisada a associação da autopercepção de saúde e as variáveis sociodemográficas e de comportamentos de saúde, para o sexo masculino (tabela 3), verificou-se que na análise bruta foram encontradas associações apenas com a variável autopercepção de estresse ($p < 0,01$). Já na análise ajustada, associações foram encontradas com as variáveis atividade física ($p = 0,04$) e autopercepção de estresse ($p < 0,01$).

Ao analisar a associação da autopercepção de saúde com a autopercepção de estresse (Tabela 3) verificou-se que os rapazes com autopercepção de estresse negativa apresentaram menor chance de autopercepção de saúde positiva do que aqueles com uma autopercepção de estresse positiva (OR = 0,20; 0,11-0,36). Os adolescentes com níveis insuficientes de atividade física apresentaram chance 29% menor de uma autopercepção de saúde positiva do que aqueles com nível de atividade física considerada suficiente.

A Tabela 4 mostra autopercepção de saúde e as associações com as variáveis sociodemográficas e de comportamentos de saúde de adolescentes do sexo feminino. Tanto nas análises brutas, quanto na ajustada foram encontradas associações com as variáveis: faixa etária ($p < 0,01$; $p < 0,01$) e autopercepção de estresse ($p < 0,01$; $p < 0,01$). Assim, as adolescentes com faixa etária de 15 a 17 anos e com autopercepção de estresse positiva mostraram uma autopercepção de saúde mais positiva do que seus pares de maior idade, e com autopercepção de estresse negativa.

Tabela 1 – Características sociodemográficas e de comportamentos de saúde dos adolescentes do ensino médio de Guanambi, Bahia, Brasil, 2012 (n=1.140).

VARIÁVEIS SOCIODEMOGRÁFICAS E COMPORTAMENTOS DE SAÚDE	DISTRIBUIÇÃO DE FREQUÊNCIAS* (%)	SEXO MASCULINO (%)	SEXO FEMININO (%)
Sexo			
Masculino	39,1	----	----
Feminino	60,9	----	----
Faixa Etária			
15 a 17 anos	69,3	68,6	69,8
18 e 19 anos	30,7	31,4	30,2
Renda Familiar			
Até 2 salários mínimos	68,6	57,9	75,4
3 ou mais salários mínimos	31,4	42,1	24,6
Tabagismo			
Sim	0,7	1,3	0,3
Não	99,3	98,7	99,7
Uso de bebidas alcoólicas			
Sim	76,1	71,2	79,3
Não	23,9	28,8	20,7
Experiência com outras drogas**			
Sim	3,7	5,8	2,4
Não	94,1	90,7	96,2
Não quero responder	2,2	3,5	1,4
Prática de Atividade Física			
Suficientemente Ativos	19,7	23,8	17,0
Insuficientemente ativos	80,3	76,2	83,0
Autopercepção de estresse			
Positiva	78,3	85,8	73,4
Negativa	21,7	14,2	26,6
Autopercepção de saúde			
Positiva	69,3	79,8	62,7
Negativa	30,7	20,2	37,3

*Valores expressos em % devido à ponderação da amostra, que atribuiu diferentes pesos aos indivíduos para análise.

**Outras drogas diferentes de álcool e tabaco.

Tabela 2 - Associação entre autopercepção de saúde e variáveis sociodemográficas e comportamentos de saúde de adolescentes do ensino médio de Guanambi, Bahia, Brasil, 2012 (n= 1.140)

VARIÁVEIS	AUTOPERCEÇÃO DE SAÚDE				
	PREVALÊNCIA (%) AUTOPERCEÇÃO POSITIVA DE SAÚDE ¹	OR BRUTA (IC95%)	p	OR AJUSTADA (IC95%) ²	p
Sexo			<0,01		<0,01
Masculino	79,7	1		1	
Feminino	62,6	0,43 (0,32-0,56)		0,47 (0,35-0,64)	
Faixa Etária			0,03		0,02
15 a 17 anos	71,4	1		1	
18 e 19 anos	64,8	0,74 (0,56-0,96)		0,72 (0,54-0,96)	
Renda Familiar			0,04		0,89
Até 2 salários mínimos	67,4	1		1	
3 ou mais salários mínimos	73,6	1,35 (1,02-1,78)		0,98 (0,72-1,33)	
Tabagismo			0,91		0,69
Não	69,3	1		1	
Sim	71,4	1,10 (0,23-5,29)		1,43 (0,24-8,41)	
Consumo de álcool			0,97		0,83
Sim	69,4	1		1	
Não	69,3	0,99 (0,74-1,34)		0,97 (0,70-1,34)	
Experiência com outras drogas			0,09		0,04
Sim	78,6	1		1	
Não	69,4	0,30 (0,10-0,88)		0,28 (0,09-0,86)	
Não quero responder	52,0	0,49 (0,22-1,09)		0,36 (0,15-0,83)	
Atividade Física			0,02		0,02
Suficientemente Ativos	76,0	1		1	
Insuficientemente ativos	67,6	0,66 (0,47-0,92)		0,64 (0,45-0,92)	
Autopercepção de estresse			<0,01		<0,01
Positiva	75,1	1		1	
Negativa	48,6	0,31 (0,23-0,42)		0,34 (0,25-0,45)	

¹Autopercepção de saúde positiva;

²Análise multivariável por meio de regressão logística binária, ajustada pelas seguintes variáveis: sexo, idade, renda familiar mensal, tabagismo, consumo de álcool, experiência com outras drogas, atividade física e autopercepção de estresse; método de seleção adotado: *Backward*. IC95% (Intervalo de confiança = 95%).

Tabela 3 -Associação entre autopercepção de saúde e variáveis: sociodemográficas e comportamentos de saúde de adolescentes do sexo masculino (15 a 19 anos) do ensino médio de Guanambi, Bahia, Brasil, 2012 (n= 1.140).

VARIÁVEIS	AUTOPERCEÇÃO DE SAÚDE				
	PREVALÊNCIA (%) AUTOPERCEÇÃO POSITIVA DE SAÚDE ¹	OR BRUTA (IC95%)	p	OR AJUSTADA (IC95%) ²	p
Faixa Etária			0,33		0,50
15 a 17 anos	78,4	1		1	
18 e 19 anos	82,6	1,29 (0,77-2,17)		1,21 (0,69-2,13)	
Renda Familiar			0,48		0,30
Até 2 salários mínimos	81,0	1		1	
3 ou mais salários mínimos	78,3	0,84 (0,53-1,35)		0,77 (0,46-1,27)	
Tabagismo			0,31		0,52
Não	80,1	1		1	
Sim	66,7	0,42 (0,08-2,26)		0,55 (0,08-3,50)	
Consumo de álcool			0,34		0,22
Sim	78,5	1		1	
Não	82,5	1,30 (0,76-2,21)		1,45 (0,80-2,61)	
Experiência com outras drogas			0,05		0,05
Sim	80,0	1		1	
Não	80,9	0,29 (0,07-1,17)		0,37 (0,09-1,60)	
Não quero responder	53,3	0,27 (0,09-0,76)		0,24 (0,08-0,72)	
Atividade Física			0,25		0,04
Suficientemente Ativos	83,7	1		1	
Insuficientemente ativos	78,4	0,71 (0,40-1,27)		0,53 (0,28-0,99)	
Autopercepção de estresse			<0,01		<0,01
Positiva	84,0	1		1	
Negativa	53,2	0,21 (0,12-0,38)		0,20 (0,11-0,36)	

¹Autopercepção de saúde positiva;

²Análise multivariável por meio de regressão logística binária, ajustada pelas seguintes variáveis: idade, renda familiar mensal, tabagismo, consumo de álcool, experiência com outras drogas, atividade física e autopercepção de estresse; método de seleção adotado: *Backward*. IC95% (Intervalo de confiança = 95%).

Tabela 4 - Associação entre autopercepção de saúde e variáveis: sociodemográficas e comportamentos de saúde de adolescentes do sexo feminino (15 a 19 anos) do ensino médio de Guanambi, Bahia, Brasil, 2012 (n= 1.140).

VARIÁVEIS	AUTOPERCEÇÃO DE SAÚDE				
	PREVALÊNCIA (%) AUTOPERCEÇÃO POSITIVA DE SAÚDE ¹	OR BRUTA (IC95%)	p	OR AJUSTADA (IC95%) ²	p
Faixa Etária			<0,01		<0,01
15 a 17 anos	66,9	1		1	
18 e 19 anos	52,9	0,56 (0,40-0,77)		0,54 (0,38-0,76)	
Renda Familiar			0,07		0,53
Até 2 salários mínimos	60,7	1		1	
3 ou mais salários mínimos	68,5	1,41 (0,97-2,04)		1,13 (0,77-1,67)	
Tabagismo			*		*
Não	62,5	1		1	
Sim	100,0	*		*	
Consumo de álcool			0,14		0,21
Sim	64,1	1		1	
Não	57,4	0,75 (0,52-1,10)		0,78 (0,52-1,16)	
Experiência com outras drogas			0,37		0,24
Sim	76,5	1		1	
Não	62,5	0,31 (0,05-1,75)		0,22 (0,04-1,33)	
Não quero responder	55,6	0,64 (0,17-2,36)		0,49 (0,13-1,92)	
Atividade Física			0,10		0,06
Suficientemente Ativos	69,0	1		1	
Insuficientemente ativos	61,3	0,70 (0,46-1,08)		0,66 (0,42-1,02)	
Autopercepção de estresse			<0,01		<0,01
Positiva	68,3	1		1	
Negativa	47,0	0,41 (0,29-0,58)		0,39 (0,28-0,56)	

¹Autopercepção de saúde positiva.

²Análise multivariável por meio de regressão logística binária, ajustada pelas seguintes variáveis: idade, renda familiar mensal, tabagismo, consumo de álcool, experiência com outras drogas, atividade física e autopercepção de estresse. Método de seleção adotado: Backward.

*O n encontrado não atendeu aos critérios estatísticos para a análise.

IC95% (Intervalo de confiança = 95%).

DISCUSSÃO

O estudo investigou a autopercepção positiva de saúde em adolescentes escolares, buscando verificar a associação com fatores sociodemográficos, comportamentais, atividade física e estresse autopercebido. A análise dos resultados demonstrou que mais de 69% dos

entrevistados classificaram positivamente sua saúde. Em outro estudo foi encontrada a prevalência de percepção positiva de saúde igual a 53% entre os escolares¹⁶. E em outros estudos com adolescentes foram encontradas maiores prevalências^{4,17,18}, o que pode revelar o quanto a adolescência corresponde a um período saudável do ciclo vital, embora esta etapa seja marcada por mudanças radicais.

Os rapazes apresentaram uma autopercepção positiva de saúde maior do que as moças, o que corrobora a estudos com adolescentes que apontam maior prevalência de autopercepção de saúde negativa entre aqueles do sexo feminino^{4,12,17,18}. Neste sentido, em um estudo realizado com 181 adolescentes sobre indicadores do estilo de vida e aptidão cardiorrespiratória, observou-se que os rapazes relataram possuir melhor saúde quando comparados às moças¹⁹. Entretanto, alguns estudos apontam que as adolescentes são mais atentas aos aspectos que englobam a saúde e buscam mais os serviços de saúde, estando dessa forma, mais informadas sobre as nuances que englobam o processo de saúde-doença^{1,20}.

Os fatores associados à autopercepção positiva de saúde variaram quando analisados para ambos os sexos de maneira conjunta e separados. No geral, mostrou-se associado à faixa etária, a experiência com drogas e a realização de atividades físicas.

Os entrevistados com idade de até 17 anos apresentaram uma maior chance de autopercepção positiva do que aqueles de 18 e 19 anos. Um estudo de revisão sistemática com adolescentes encontrou que quanto mais velho o grupo etário, maior a prevalência de autopercepção negativa de saúde, os autores sugerem que, com o passar dos anos, os adolescentes apresentem maior preocupação com a sua saúde, e também podem modificar seu comportamento, incluindo os comportamentos de risco¹². Em outro estudo realizado com escolares na cidade de Olinda-PE, encontrou-se que os adolescentes com maior faixa etária tiveram mais chances de apresentar uma percepção de saúde negativa do que seus pares mais novos⁴. Reforça-se que ser mais novo pode estar relacionado a uma autopercepção de saúde

mais positiva pelos adolescentes.

Não foi encontrada associação estatisticamente significativa da variável renda familiar com o desfecho estudado, diferentemente do que fora observado em estudo em Santa Catarina²⁰ e outros países norte-americanos e europeus²¹. Desta forma, percebe-se uma característica local da população avaliada, sendo necessário estudos mais aprofundados para constatar esta afirmação.

O uso de bebidas alcoólicas, considerado comportamento de risco à saúde, embora não associado estatisticamente neste estudo com a autopercepção de saúde, apresentou mais de 75% de respostas afirmativas quanto ao uso. É sabido que o início precoce do uso de álcool é um indicador do estado de saúde prejudicado, porque está associada ao aumento do risco para a dependência de álcool e abuso em idades posteriores⁵. É importante ressaltar que, dentre as etapas da vida, a adolescência representa uma das mais críticas por seu caráter transicional e de submissão às influências sociais, internas e familiares, o que pode levar tais indivíduos a iniciar o uso de drogas lícitas e ilícitas. Um estudo avaliou que a existência de eventos estressores durante a vida e estar próximo a amigos usuários de drogas são fatores associados à adesão aos comportamentos de risco por parte dos adolescentes²².

Quanto ao uso de outras drogas, que são consideradas ilícitas, o presente estudo apontou que 3,7% dos adolescentes relataram fazer o uso. Tal achado sucinta a discussão quanto à necessidade de educação em saúde junto a tais adolescentes, enfatizando as consequências do uso de tais substâncias, que embora, possam proporcionar um bem-estar momentâneo, causado pela ação das substâncias no sistema nervoso, possui uma ação devastadora no decorrer do tempo. Neste contexto, aponta-se a importância de ações, em espaço de educação formal e não formal, seja na comunidade ou ambiente escolar, mas que visem minimizar fatores de risco e estimular os fatores protetivos para a promoção da saúde dos adolescentes^{4,22}.

O uso de tabaco encontrado foi inferior a de outros estudos, levantando a hipótese da efetividade da campanhas antitabaco

realizadas no país ao longo dos últimos vinte anos, enfatizando o tabagismo como um mal visto e menos tolerado socialmente²³. A diminuição significativa no uso de tabaco vem sendo demonstrada em estudos com dados de diferentes locais do Brasil^{24,25}.

Diferentemente da tendência de diminuição na prevalência do uso de tabaco, a utilização de outras drogas ilícitas apresenta dados ascendentes. A frequência encontrada neste estudo para uso de outras drogas, embora superior àquela estimada para uso do tabaco, mostrou-se inferior a encontrada para adolescentes participantes da PeNSE 2015²⁵.

Verificou-se também no presente estudo que prática de atividade física foi uma variável associada à autopercepção positiva de saúde dos rapazes. Assim, os adolescentes do sexo masculino que relataram ser suficientemente ativos tiveram uma melhor autopercepção de saúde, achado similar ao estudo realizado em outro estudo no Nordeste brasileiro²⁶.

Maiores níveis de atividade física nos rapazes podem ser explicados por diferenças biológicas, socioculturais, de percepção de corpo e atributos de gênero. Desde a infância são atribuídos papéis sociais e culturais segundo gênero que influenciam as escolhas de prática de atividade física. Em estudo recente, identificou-se diferenças entre adolescentes do sexo masculino e feminino, no estudo, os rapazes apresentaram maiores níveis de atividade física, e preferência pela prática do futebol, skate ou patins, ciclismo, corrida ou trote e basquete, enquanto que as meninas preferiram praticar caminhada, passeio com cães, dança, jogos e brincadeiras e ginástica de academia²⁷.

Em uma pesquisa realizada com adolescentes brasileiros sobre inatividade física no lazer, constatou-se que a prevalência foi elevada, sendo mais prevalente entre as moças, e foi associada à idade e ao baixo nível socioeconômico²⁸. Ao

estudar jovens universitários brasileiros na faixa etária de 17 a 21 anos, constatou-se que existe uma relação entre a quantidade de atividades físicas vigorosas e a percepção de saúde positiva nesta população, o que sugere maior aprofundamento neste tema¹¹. Também se torna importante estudar em qual estágio de prática de exercícios o adolescente se encontra, pois em uma pesquisa realizada em Florianópolis/SC, a percepção positiva esteve associada ao tempo de exposição ao exercício²⁹.

A autopercepção de estresse também apresentou relação significativa com a autopercepção de saúde, tanto para os adolescentes de maneira geral, como para os sexos separadamente. Aqueles que referiram menor estresse apresentaram uma autopercepção de saúde mais positiva, achado diferente do encontrado em estudo conduzido em Santa Catarina²⁰.

Os eventos da vida mais estressantes na adolescência podem ser diversos, abrangendo desde mudanças de vida, como separação dos pais, doença na família, as condições estressoras crônicas, como pobreza, conflitos familiares constantes até problemas do cotidiano, a exemplo de avaliações na escola e disputas com amigos¹⁵. Destarte, torna-se importante considerar estes diversos eventos estressantes relatados pelos escolares na avaliação da autopercepção de saúde.

É importante ressaltar as limitações do presente estudo, que, por apresentar um delineamento transversal, permite uma visão momentânea do desfecho e exposição, fato que não possibilita compreender temporariamente a relação entre as possíveis causas (características sociodemográficas e comportamento de risco) com o efeito (autopercepção positiva de saúde). Futuros estudos de caráter prospectivo e medidas mais objetivas são necessários para elucidar a direção das associações encontradas.

CONCLUSÃO

Conclui-se que a prevalência de autopercepção positiva de saúde entre adolescentes escolares do ensino médio foi

semelhante a estudos com populações similares e mostrou-se diferente para os sexos masculino e feminino, bem como seus fatores associados.

No geral, as variáveis que apresentaram associação foram sexo, faixa etária, experiência com drogas, atividade física e autopercepção de estresse, sendo esta última, a única variável associada a autopercepção positiva de saúde para ambos os sexos.

Observou-se que alguns comportamentos de risco, como o uso do tabaco e de drogas ilícitas apresentaram baixa frequência, entretanto, mais de 70% dos

jovens entrevistados já experimentaram bebida alcoólica em algum momento da vida. Menos de 20% dos adolescentes relataram a realização de atividades físicas moderadas.

Ressalta-se a relevância de atividades de educação em saúde em âmbito escolar, especialmente voltadas para esclarecimentos de comportamentos de risco à saúde, fazendo com que os adolescentes tenham um processo de crescimento social, físico e mental saudável.

REFERÊNCIAS

1. Mendonça G, Farias Júnior JC. Percepção de saúde e fatores associados em adolescentes. *Rev Bras Ativ Fis Saúde*. 2012;17(3):174-80.
2. Page RM, Simonek J, Ihász F, Hantiu I, Uvacsek M, Kalabiska I, et al. Self-rated health, psychosocial functioning, and other dimensions of adolescent health in Central and Eastern European adolescents. *Eur J Psychiat*. 2009;23(2):101-14.
3. Ceballos G. El adolescente y sus retos: la aventura de hacerse mayor. Madrid: Pirâmide, 2009 World Health Organization (WHO). Global status report on alcohol and health. Geneva: WHO, 2014.
4. Silva BRVS, Santos DCG, Valença PAM, Moraes LX, Silva AO, et al. Prevalência e fatores associados à autopercepção negativa em saúde de adolescentes: um estudo piloto. *Arq Cienc Saúde UNIPAR*. 2018;22(3):193-97.
5. World Health Organization (WHO). Global status report on alcohol and health. Geneva: WHO, 2018. Disponível em: <https://www.who.int/publications-detail/global-status-report-on-alcohol-and-health-2018>.
6. Silva AO, Diniz PRB, Santos MEP, Ritti-Dias RM, Farah BQ, Tassitano RM et al. Health self-perception and its association with physical activity and nutritional status in adolescents. *J Pediatr*. 2019;95(4):458-65.
7. Reichert FF, Loch MR, Capilheira MF. Autopercepção de saúde em adolescentes, adultos e idosos. *Ciênc Saúde Colet*. 2012;17(12):3353-62.
8. Brasil. Ministério da Saúde. Datasus. Departamento de informática do SUS. Projeção da população das unidades da federação por sexo e grupos de idade. Brasília: Ministério da Saúde, 2019. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?ibge/cnv/projpopuf.def>
9. Brasil. Ministério da Saúde. Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde. Projeção da população das unidades da Federação por sexo e grupos de idade: 2000 - 2030. Brasília: Ministério da Saúde, 2019. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?ibge/cnv/projpopuf.def>
10. Castro MHG, Torres HG, França D. Os jovens e o gargalo do ensino médio brasileiro. 1ª Análise Seade, n 5: Fundação Sistema Estadual de Análise de Dados (SEADE), 2013. Disponível em: <https://www.observatoriodopne.org.br/>
11. Andrade RD, Felden EPG, Teixeira CS, Pelegrini A. Sono, percepção de saúde e atividade física em adolescentes universitários. *Adolesc Saude*. 2017;14(4):150-6.
12. Silva BRVS, Andrade PMC, Baad VMA, Valença PAM, Menezes VA, Amorim VC, et al. Prevalência e fatores associados à autopercepção negativa em saúde dos adolescentes: uma revisão sistemática. *Rev Bras Promoç Saúde*. 2016;29(4):595-601.
13. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). IBGE cidades. 2015. Disponível em: <http://www.cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?lang=&codmun=291170&search=bahia|guanambi>
14. Luiz RR, Magnanini MMF. A lógica da determinação do tamanho da amostra em investigações epidemiológicas. *Cad Saude Colet*. 2000;8(2):9-28.
15. Nahas MV, Barros MVG, De Bem MFL, Oliveira ESA, Loch MR. Estilo de vida e indicadores de saúde dos jovens catarinenses. Relatório da Pesquisa desenvolvida pelo Núcleo de Pesquisa em Atividade Física & Saúde com amostra representativa dos estudantes de 15 a 19 anos matriculados nas escolas estaduais do ensino médio em Santa Catarina. Florianópolis: Editora da UFSC, 2005.
16. Silva JS, Mendonça WF, Bastos LLAG, Leite ST. O conceito de saúde e de hábitos saudáveis na escola. *Pensar Prat*. 2017; 20(4):808-21.
17. Silva BRVS, SILVA AO, Passos MHP, Soares FC, Valença PAM, Menezes VA, et al. Autopercepção negativa de saúde associada à violência escolar em adolescentes. *Ciênc Saúde Colet*. 2018;23(9):2909-16.
18. Cruz RCS, Paixão LAR, Gomes MMF, Moura LBA. Percepção de saúde do adolescente brasileiro: uma abordagem intergeracional baseada na Pesquisa Nacional de Saúde. *Adolesc Saude*. 2017;14(4):133-42.
19. Victo ER, Ferraria GLM, Silva Junior JP, Araújo TL, Matsudo VKR. Indicadores de estilo de vida e aptidão cardiorrespiratória de adolescentes. *Rev Paul Pediatr*. 2017;35(1):61-8.
20. 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.
21. Richter M, Erhart M, Vereecken CA, Zambon A, Boyce W, Gabhainn SN. The role of behavioral factors in explaining socio-

- economic differences in adolescent health: a multilevel study in 33 countries. *Soc Sci Med.* 2009;69:396-403.
22. Zappe JG, Dell'Aglio DD. Variáveis pessoais e contextuais associadas a comportamentos de risco em adolescentes. *J Bras Psiquiatr.* 2016;65(1):44-52.
23. Elicker E, Palazzo LS, Aerts DRGC, Alves GG, Câmara S. Uso de álcool, tabaco e outras drogas por adolescentes escolares de Porto Velho-RO, Brasil. *Epidemiol Serv Saúde.* 2015;24(3): 399-410.
24. Carlini ELA, Noto AR, Sanchez ZVDM, Carlini CMA, Locatelli DP, Abeid LR, et al. VI Levantamento Nacional sobre o Consumo de Drogas Psicotrópicas entre Estudantes do Ensino Fundamental e Médio das Redes Pública e Privada de Ensino nas 27 Capitais Brasileiras -2010. São Paulo: CEBRID - Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas, 2010.
25. Brasil. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Coordenação de População e Indicadores Sociais. Pesquisa nacional de saúde do escolar: 2015. Rio de Janeiro: IBGE, 2016. Disponível em: <https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv97870.pdf>
26. Farias Junior JC, Lopes AS, Mota J, Hallal PC. Prática de atividade física e fatores associados em adolescentes no Nordeste do Brasil. *Rev Saude Publ.* 2012;46(3):505-15.
27. Silva AAP, Camargo EM, Silva AT, Silva JSB, Hino AAF, Reis RS. Characterization of physical activities performed by adolescents from Curitiba, Brazil. *Rev Bras Med Esporte.* 2019; 25(3):211-15.
28. Cureau FV, Silva TLN, Bloch KV, Fujimori E, Belfort DR, Carvalho KMB, et al. ERICA: inatividade física no lazer em adolescentes brasileiros. *Rev Saude Publ.* 2016;50(supl 1):4s.
29. Matias TM, Andrade A, Maciel GM, Dominski FH, Lopes MVV. O estágio de manutenção para o exercício está associado à uma melhor percepção de diferentes indicadores de saúde na adolescência. *Rev Bras Ativ Fís Saúde.* 2017;22(5):479-85.