

Adriana Lúcia Meireles

**AUTO-AVALIAÇÃO DA SAÚDE E BEM ESTAR DOS
ADOLESCENTES EM UM GRANDE CENTRO URBANO:
ESTUDO SAÚDE EM BEAGÁ**

Universidade Federal de Minas Gerais
Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública
Belo Horizonte - MG
2010

Adriana Lúcia Meireles

**AUTO-AVALIAÇÃO DA SAÚDE E BEM ESTAR DOS
ADOLESCENTES EM UM GRANDE CENTRO URBANO:
ESTUDO SAÚDE EM BEAGÁ**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública da Universidade Federal de Minas Gerais, como requisito parcial para obtenção de título de Mestre em Saúde Pública (área de concentração em Epidemiologia).

Orientadora: Waleska Teixeira Caiaffa

Co-orientador: César Coelho Xavier

Belo Horizonte - MG
2010

Meireles, Adriana Lúcia.
M514a Auto-avaliação da saúde e bem estar dos adolescentes em um grande
centro urbano [manuscrito]; estudo saúde em Beagá. / Adriana Lúcia
Meireles. -- Belo Horizonte: 2010.

???f. : il.

Orientadora: Waleska Teixeira Caiaffa.

Co-orientador: César Coelho Xavier.

Área de concentração: Saúde Pública.

Dissertação (mestrado): Universidade Federal de Minas Gerais,
Faculdade de Medicina.

1. Saúde do Adolescente. 2. Bem-Estar da Criança. 3. Saúde da
População Urbana. 4. Qualidade de Vida. 5. Dissertações Acadêmicas. I.
Caiaffa, Waleska Teixeira. II. Xavier, César Coelho. III. Universidade
Federal de Minas Gerais, Faculdade de Medicina. IV. Título.

NLM: WA 320

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS

Reitor

Prof. Ronaldo Tadêu Pena

Vice-Reitora

Prof^a. Heloisa Maria Murgel Starling

Pró-Reitor de Pós-Graduação

Prof^a. Elisabeth Ribeiro da Silva

Pró-Reitor de Pesquisa

Prof. Carlos Alberto Pereira Tavares

FACULDADE DE MEDICINA

Diretor

Prof. Francisco José Penna

Chefe do Departamento de Medicina Preventiva e Social

Prof^a. Maria da Conceição Juste Werneck Cortes

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE PÚBLICA

Coordenadora

Prof^a Mariângela Leal Cherchiglia

Sub-Coordenador

Prof. Mark Drew Crosland Guimarães

Colegiado do Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública

Prof^a. Ada Ávila Assunção

Prof^a.Eli Iola Gurgel Andrade

Prof. Fernando Augusto Proietti

Prof. Francisco de Assis Acúrcio

Prof^a. Maria Fernanda Furtado de Lima e Costa

Prof^a. Soraya Almeida Belisário

Prof. Tarcísio Márcio Magalhães Pinheiro

Prof^a. Waleska Teixeira Caiaffa

Aline Dayrell Ferreira (Representante Titular - Doutorado)

Graziella Lage Oliveira (Representante Suplente - Doutorado)

Adriana Lúcia Meireles (Representante Titular - Mestrado)

Ana Paula Coelho Machado (Representante Suplente - Mestrado)

Declaração de defesa

Dedico essa dissertação a todos que sempre me incentivaram e apoiaram, em especial, aos meus pais, ao Rodrigo e aos meus orientadores.

Agradecimentos

Aos meus orientadores, Waleska e César, que mais do que mestres, são grandes amigos, sempre ensinando pra além da ciência, agregando ética, cultura e sabedoria aos nossos momentos de orientação, que se tornaram prazerosos e gratificantes. Tudo isso não teria sido tão bom se vocês não estivessem presentes. Obrigada por estarem ao meu lado e por terem confiado em mim.

Ao professor Fernando Proietti pelo apoio, carinho e atenção.

Aline Dayrell, Mery, Vitor e Marcela sem vocês eu não teria chegado até aqui. Obrigada por tudo! Vocês realmente são especiais.

Aline, mais que companheira, você é uma grande amiga!

Aos colegas e amigos do Observatório de Saúde Urbana, por proporcionarem bons dias de trabalho e por fazerem parte desta caminhada: Graziella, Michelle, Eulilian, Elaine, Janaína, Guta, Clareci, Fabiane, Lete e Rosana.

Ana Paula e Luciana, obrigada pela amizade e alegria.

À Zeina pelo apoio e carinho.

Ao Felipe Lobert, por compartilhar a Waleska comigo, nas férias, nos feriados, nos sábados e domingos.

A todos os colegas que fiz durante o mestrado, em especial: Vivian, Tarcísio, Olinda, Roberta, Gisele e Ricardo.

Ao Programa da Pós-Graduação em Saúde Pública.

À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), que me concedeu a bolsa de mestrado.

Ao meu Guri, que pacientemente e amorosamente, soube me acalantar e apoiar em todos os dias desta caminhada, compreendendo minha ausência e minha dedicação ao OSUBH.

Aos meus pais, Ivanir e José Lúcio, que sempre acreditam em mim e com humildade e dignidade souberam passar os maiores e mais importantes valores da vida. Aos meus irmãos, pelo amor.

À Mady, Luis, Liz e Liv, por sempre se fazerem presentes, em especial a Mady, por sempre me incentivar a seguir esta carreira.

À Isabella e Eduardo, sempre presentes.

RESUMO

A auto-avaliação de saúde é um indicador comumente utilizado em inquéritos por ser uma medida simples, fácil de ser obtida, robusta e consistentemente considerada válida e confiável para mensurar o estado global de saúde entre adultos. Apesar da adolescência ser um período crucial para a formação de estilos de vida e percepções de saúde, estudos sobre os determinantes da auto-avaliação da saúde desse grupo etário são escassos, e raros são aqueles que comparam o uso deste indicador entre adultos e adolescentes. Entretanto afirmam que, enquanto a auto-avaliação de saúde em adultos pode refletir problemas de saúde devido às condições físicas agudas e crônicas, nos adolescentes, este indicador se estende para além do estado de saúde físico, englobando fatores pessoais, sócio-ambientais e comportamentais, à semelhança do referencial teórico do bem-estar das crianças e adolescentes proposto pelo UNICEF em 2007. Tal modelo considera o bem-estar um construto multidimensional e complexo, composto por seis domínios: bem-estar material, bem-estar educacional, saúde e segurança, relacionamentos com família e pares, comportamentos e riscos, bem-estar subjetivo. Considerando o exposto acima e o referencial teórico de bem-estar, percebeu-se a necessidade de conhecer a auto-avaliação de saúde em adolescentes vivendo em um centro urbano, discutir um referencial teórico sob a ótica do bem-estar e determinar os fatores associados a uma pior auto-avaliação de saúde. Ademais, esse trabalho se propôs a revisar o estado da arte do bem-estar das crianças numa perspectiva contemporânea e de saúde urbana. Os dados empíricos foram obtidos do “Estudo Saúde em Beagá”, inquérito domiciliar conduzido pelo Observatório de Saúde Urbana de Belo Horizonte (OSUBH-UFGM) em 2008-2009. Os resultados mostraram que o ambiente social, através da família, escola e vizinhança são importantes preditores para a auto-avaliação de saúde em adolescentes, com marcadas diferenças de acordo com a faixa etária e nível socioeconômico. Observou-se uma estrutura multidimensional da auto-avaliação da saúde nesse grupo composta pelos seguintes domínios: sócio-demográfico, suporte social, estilos de vida, comportamentos de risco, saúde psicológica e física. Essa composição remonta a definição de saúde adotada pela Organização Mundial de Saúde como um “completo estado de bem estar físico, mental e social, e não simplesmente a ausência de doença ou enfermidade”, sugerindo melhor entendimento da auto-avaliação de saúde entre adolescentes, considerando agora o bem-estar global deste grupo etário, como proposto pela UNICEF.

Palavras-chave: auto-avaliação, bem-estar da criança, qualidade de vida, saúde urbana, defesa da criança e do adolescente, saúde do adolescente

ABSTRACT

Self-rated health is an indicator commonly used in surveys because its simplicity, easily to be obtained, robustness and consistent validity and reliability as a tool to measure the overall health status among adults. Although adolescence is a crucial period for the formation of lifestyles and health perceptions, studies on the determinants of self-rated health in this age group are sparse. Moreover, while self-rated health in adults may reflect physical health problems due to acute and chronic conditions, among adolescents this indicator extends beyond the physical health, reflecting the personal, social, environmental and behavioral factors and mental health problems as well, similar to the theoretical model of well-being proposed by UNICEF, in 2007, for children and adolescents. UNICEF considers the child's well-being a multidimensional and complex construct, composed by six dimensions, namely: material well-being, educational well-being, health and safety, relationships with family and peers, behaviors and risks, subjective well-being. Therefore, this study aimed to know the self-rated health among adolescents living in an urban environment, to present a theoretical framework under the light of well-being and to determine the factors associated with a worst self perception of health. Furthermore, we intend to discuss the state of the art of well-being of children in a contemporary perspective from the viewpoint of urban health. We used empirical data from a household survey carried out by the Belo Horizonte Observatory for Urban Health (OSUBH-UFGM), in 2008-2009. The results showed that the social environment, through family, school and neighborhood are important predictors of self-rated health among adolescents, differing in terms of age and socioeconomic status. It was observed a multidimensional structure of self-rated health among adolescents, consisting of the following domains: socio-demographic, social support, lifestyle, risk behavior, psychological and physical health. This composition dates back to the definition of health adopted by the World Health Organization as a "complete state of physical well-being, mental and social, not merely the absence of disease or infirmity", suggesting a necessity of a better knowledge on self-rated health among adolescents, perhaps incorporating the overall well-being for this age group, as proposed by UNICEF.

Key words: self-assessment, child welfare, quality of life, urban health, child advocacy, adolescent health

SUMÁRIO

1 CONSIDERAÇÕES INICIAIS.....	11
2 OBJETIVOS.....	14
3 ARTIGO 1 - Auto-avaliação de saúde em adolescentes vivendo em um grande centro urbano: Estudo Saúde em Beagá*.....	15
3.1 INTRODUÇÃO.....	17
3.1.1 Auto-avaliação de saúde em centros urbanos.....	19
3.1.2 Arcabouço do modelo conceitual da auto-avaliação de saúde entre adolescentes.....	20
3.2 MÉTODOS.....	20
3.2.1 O Estudo Saúde em Beagá.....	20
3.2.2 Variáveis do estudo.....	22
3.2.3 Análise de dados.....	23
3.3 RESULTADOS.....	24
3.4 DISCUSSÃO	26
3.5 CONSIDERAÇÕES INICIAIS.....	33
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	35
4 ARTIGO DE REVISÃO 2 - O bem-estar da criança enquanto um cidadão de direitos: uma perspectiva contemporânea sob a ótica da saúde urbana.....	46
4.1 A criança como um cidadão de direitos.....	49
4.1.1 Saúde das crianças em um grande centro urbano.....	51
4.2 Definindo bem-estar.....	53
4.2.1 Bem-estar versus qualidade de vida.....	54
4.3 Bem-estar das crianças: uma breve revisão dos estudos contemporâneos.....	55
4.3.1 O bem-estar da criança: domínios e indicadores.....	57
4.3.2 Bem-estar da criança na perspectiva do unicef.....	59
4.4 Perspectivas, oportunidades e desafios.....	60
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	62
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	68
APÊNDICE A - Tabela artigo 1.....	71
APÊNDICE B - Projeto de pesquisa.....	73
APÊNDICE C - Instrumentos de coleta de dados 11 a 13 anos.....	80
APÊNDICE D - Instrumentos de coleta de dados 14 a 17 anos.....	92
APÊNDICE E - Termo de consentimento livre e esclarecido – TCLE.....	109
ANEXO A - Recibo de submissão artigo de revisão (artigo 2).....	113
ANEXO B - Folha de aprovação do projeto pelo departamento.....	115
ANEXO C - Aprovação do Comitê de Ética.....	117
ANEXO D - Certificado de qualificação.....	122

1 CONSIDERAÇÕES INICIAIS

O interesse pelo tema abordado neste trabalho surgiu após publicação do relatório do UNICEF¹, em fevereiro de 2007, intitulado “Uma visão global do bem-estar da criança em países ricos” (“*An Overview of Child Well-Being in Rich Countries*”) que avaliou o bem-estar das crianças em 21 países europeus e norte-americanos que compõem a Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OCDE). Nesse documento, foram consideradas crianças todos os indivíduos menores de 18 anos de idade e o bem-estar foi apresentado como um construto composto por seis domínios, sendo eles: bem-estar material, bem-estar educacional, saúde e segurança, relacionamentos com família e pares, comportamentos e riscos e bem-estar subjetivo. Os dados utilizados permitiram comparações entre as nações, e mostraram que o bem-estar das crianças residentes nos Estados Unidos e Reino Unido obtiveram os piores escores dentre todos os países analisados. Autores que posteriormente analisaram estes dados concluíram que estes achados refletiam elevados níveis de iniquidade social nesses dois países^{2,3}.

Frente a esse relatório, o professor César Coelho Xavier me convidou para elaborarmos juntamente com os professores coordenadores do Observatório de Saúde Urbana de Belo Horizonte (OSUBH-UFMG), Waleska Teixeira Caiaffa e Fernando Augusto Proietti, o projeto “Avaliação do bem-estar dos adolescentes residentes em dois distritos sanitários de Belo Horizonte, MG”. Desta maneira, ingressei nesse grupo de pesquisa e, no início de 2008, me tornei aluna regular do mestrado do Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública. Submetemos o projeto ao edital Universal 01/2008 da FAPEMIG, conseguindo o financiamento utilizado de forma complementar aos recursos já disponíveis para a realização do inquérito denominado “Saúde em Beagá”, que estava em fase de planejamento. Esse inquérito foi idealizado para cumprir os objetivos de três projetos: 1. Projeto Modos de Vida, Estilos e Hábitos Saudáveis em BH – MOVE-SE BH; 2. Projeto Determinantes Sociais da Saúde, e; 3. Projeto Avaliação do Bem-Estar dos Adolescentes de Belo Horizonte.

¹ Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF). Child poverty in perspective: An overview of child well-being in rich countries. Florence, Italy: UNICEF Innocenti Research Centre; 2007. Report Card No 7. http://www.unicef-irc.org/publications/pdf/rc7_eng.pdf. Acesso: 09/09/2007.

² Pickett KE, Wilkinson RG. Child wellbeing and income inequality in rich societies: ecological cross sectional study. BMJ. 2007;335:1080-5.

³ Wise PH, Blair ME. The UNICEF Report on Child Well-Being. Amb Pediatr. 2007;7:265-6

Paralelo a esse processo e de coleta de dados, iniciou-se a revisão da literatura sobre o bem-estar dos adolescentes. Além da constatação de que poucos estudos trabalhavam com o construto bem-estar de uma forma ampla e abrangente como propunha o UNICEF, também concluímos que sob a ótica da saúde urbana, eram raros os trabalhos que abordavam o tema “auto-avaliação de saúde” nesse grupo etário. Assim, adicionamos às nossas buscas bibliografias o tema/palavra-chave “auto-avaliação de saúde” ou “auto-percepção de saúde”. Surgem, quase simultaneamente, o artigo de revisão sobre bem-estar e a proposta de um modelo teórico de “auto-avaliação de saúde”. Trabalhos nacionais e internacionais sobre à auto-avaliação de saúde entre adultos e idosos foram encontrados^{4,5}, principalmente como um consistente preditor de morbidade e mortalidade. Entretanto, poucos eram os trabalhos voltados para adolescentes^{6,7,8}; mostrando que este indicador de saúde subjetivo podia estar diretamente relacionado a fatores pessoais e sócio-ambientais^{6,9}. Assim, a busca por preditores desse indicador tornou-se instigante, considerando que o marco teórico da saúde urbana considera que os ambientes físico e social moldam a saúde das pessoas. Como proposta empírica, iniciamos a exploração dos dados recém coletados do “Estudo Saúde em Beagá”, utilizando como variável dependente a pergunta sobre auto-avaliação de saúde respondida pelos adolescentes que participaram desse inquérito domiciliar.

Assim, essa dissertação é composta por dois artigos: o primeiro artigo apresenta uma discussão sobre os preditores da auto-avaliação de saúde dos adolescentes vivendo em um grande centro urbano, e o segundo, é um artigo de revisão sobre o tema bem-estar dos indivíduos menores de 18 anos de idade.

⁴ Idler EL, Benyamini Y. Self-rated health and mortality: a review of twenty-seven community studies. *J Health Soc Behav.* 1997;38:21-37.

⁵ Lima-Costa MF, Firmo JOA, Uchôa E. A estrutura da auto-avaliação da saúde entre idosos: projeto Bambuí. *Rev Saúde Pública.* 2004;38(6):826-34.

⁶ Vingilis E, Wade TJ, Adlaf E. What factors predict student self-rated physical health? *J Adolesc.* 1998;21:1-15.

⁷ Mechanic D, Hansell S. Adolescent competence, psychological well-being, and self-assessed physical health. *J Health Soc Behav.* 1987;28(4):364-74.

⁸ Boardman JD. Self-rated health among U.S. adolescents. *J Adolesc Health.* 2006;38:401-48

⁹ Wade TJ, Prevalin DJ, Vingilis E. Revisiting student self-rated physical health. *J Adolesc.* 2000;23:785-91

Conforme exigência do Programa de Pós-graduação em Saúde Pública, para obtenção do título de Mestre em Saúde Pública, é necessário que seja elaborado pelo menos um artigo e este deve ser submetido antes da defesa a algum periódico Qualis B3 ou superior para publicação¹⁰. Desta maneira, o segundo artigo foi submetido ao Jornal de Pediatria, periódico Qualis B2, de acordo com cópia (Anexo A).

¹⁰ Manual de Orientação 2007. Programa de Pós-graduação em Saúde Pública, Departamento de Medicina Preventiva e Social, Faculdade de Medicina - UFMG

2 OBJETIVOS

Objetivo geral

Conhecer a auto-avaliação de saúde dos adolescentes residentes em dois distritos sanitários de Belo Horizonte, MG.

Objetivos específicos

Avaliar os preditores da auto-avaliação de saúde entre adolescentes participantes do “Estudo Saúde em Beagá”, segundo nível socioeconômico e faixa etária, utilizando adaptação do referencial teórico do bem-estar proposto pela UNICEF, e;

Debater o estado da arte do bem-estar das crianças numa perspectiva contemporânea sob a ótica da saúde urbana.

3 ARTIGO 1

Auto-avaliação de saúde em adolescentes vivendo em um grande centro urbano: Estudo Saúde em Beagá*

Self-rated health of adolescents in a large urban center: Saúde em Beagá Study

Adriana Lúcia Meireles^{1,2}, César Coelho Xavier^{2,3}, Waleska Teixeira Caiaffa^{2,4}

¹ Mestranda do Programa de Pós-graduação em Saúde Pública da Faculdade de Medicina da UFMG

² Observatório de Saúde Urbana de Belo Horizonte

³ Professor associado do Departamento de Pediatria/Faculdade de Medicina/UFMG

⁴ Professora titular do Departamento de Medicina Preventiva e Social/Faculdade de Medicina/UFMG

* Financiamento e coordenadores/participantes do estudo citados no final do texto

RESUMO

Este estudo objetivou conhecer a auto-avaliação de saúde em adolescentes vivendo em um centro urbano e determinar os fatores associados a uma pior auto-avaliação de saúde. Foram incluídos 1050 adolescentes de 11 a 17 anos de idade, participantes do “Estudo Saúde em Beagá”, inquérito domiciliar realizado no município de Belo Horizonte em 2008-2009. Os adolescentes foram avaliados quanto à variável resposta, auto-avaliação de saúde, e às variáveis explicativas, usando análises uni e multivariadas separadas por idade e nível socioeconômico. Com relação à auto-avaliação da saúde, 11,5% consideraram sua saúde muito ruim a razoável e, 88,5% boa a muito boa. Observou-se uma estrutura multidimensional da auto-avaliação da saúde nesse grupo composta pelos seguintes domínios: sócio-demográfico, suporte social, estilos de vida, comportamentos de risco, saúde psicológica e física. O suporte social, através da família, escola e vizinhança foram importantes preditores para a auto-avaliação de saúde em adolescentes, diferindo segundo idade e nível socioeconômico.

Palavras-chave: auto-avaliação, bem-estar da criança, saúde urbana, adolescente

ABSTRACT

This study aimed to know the self-rated health among adolescents living in an urban environment and to determine the factors associated with a worst self perception of health. A total of 1050 adolescents of 11 to 17 years old who participated in the "Saúde em Beagá Study", household survey carried out in Belo Horizonte in 2008-2009. The adolescents were compared on the dependent variable, self-rated health, and the explanatory variables, using uni- and multivariate analyses separated by age and socioeconomic status. Self-rated health as good/very good and reasonable/poor/very poor was reported by 88.5% and 11.5% of subjects, respectively. The self-rated health among adolescents is multidimensional in structure, being influenced by following domains: socio-demographic, social support, lifestyle, risk behavior, psychological and physical health. The results showed that the social support, through family, school and neighborhood are important predictors of self-rated health among adolescents, differing in terms of age and socioeconomic status.

Key words: self-assessment, child welfare, urban health, adolescent

Introdução

A auto-avaliação de saúde é um indicador comumente utilizado em inquéritos por ser uma medida simples, fácil de ser obtida^{1,2}, robusta³ e consistentemente considerada válida e confiável para mensurar o estado global de saúde entre adultos⁴.

Segundo Ilder & Benyamini (1997)⁴, o auto-relato de saúde em estudos longitudinais de base populacional teve seu maior desenvolvimento na década de 1980, sendo que os primeiros estudos coincidiram com o momento em que o campo da epidemiologia psicossocial começava a publicar estudos que tratavam das redes sociais como determinantes da mortalidade. Desde então, houve grande aumento no número de pesquisas que concluíram ser esta medida de avaliação global da saúde o melhor preditor da mortalidade do que medidas consideradas mais objetivas da condição de saúde, refletindo uma percepção integrada do indivíduo, incluindo as dimensões biológica, psicossocial e social⁵. A auto-avaliação de saúde também é considerada preditora da morbidade, declínio funcional, custo e utilização dos serviços de saúde em adultos e idosos^{4,6}.

Sendo uma das medidas mais amplamente analisadas em estudos que avaliam o estado de saúde de adultos, esta medida merece maior atenção como um indicador de saúde entre adolescentes. Os trabalhos que comparam o uso deste indicador entre adultos e adolescentes afirmam que, enquanto a autopercepção de saúde em adultos pode refletir problemas de saúde físicos, devido às condições agudas e crônicas e problemas de saúde mental, nos adolescentes, este indicador se estende além do estado de saúde físico, refletindo também fatores pessoais, sócio-ambientais e comportamentais^{1,2,7-9}.

A adolescência é considerada uma categoria sociocultural, de origem histórica, que envolve dimensões biopsicológicas e sociais^{10,11}. É um período de rápidas mudanças físicas e psicossociais, em que o adolescente passa por um processo de descobrir o como viver a vida, os modos de ser e estar com os outros, até a construção do futuro com as escolhas profissionais¹¹. Além disso, caracteriza-se por ser uma fase marcada pelo início da influência dos pares/amigos, escola e sociedade em geral e uma independência crescente dos pais e familiares¹². Portanto, é neste período que padrões comportamentais e estilos de vida são formados; dentre eles, o uso do tabaco, álcool e outras drogas, hábitos alimentares e prática de

atividade física. Tais comportamentos definem o cenário do futuro adulto para a morbidade e utilização de serviços de saúde⁸.

Apesar de ser um período crucial para a formação de estilos de vida e percepções de saúde, estudos sobre os determinantes da auto-avaliação da saúde do adolescente são limitados. Um dos primeiros estudos sobre o tema nesta faixa etária foi conduzido por Mechanic e Hansell em 1987¹³, que analisaram dados longitudinais de 1057 adolescentes em 19 escolas públicas americanas. Eles evidenciaram que a auto-avaliação de saúde estava relacionada ao desempenho escolar, a prática de atividade física e ao bem-estar psicológico. Assim sendo, postularam que a auto-avaliação de saúde entre adolescentes é moldada pelas dificuldades enfrentadas e pelo sentido global de funcionamento da vida¹³.

Em 1998, Vingilis et al⁷, propuseram que variáveis demográficas, “meio-ambiente estrutural” (renda e estrutura familiar), saúde física, fatores sociais, comportamentos de vida e saúde psicológica são preditores da auto-avaliação da saúde. Consideraram, ainda, que algumas destas variáveis afetam diretamente a auto-avaliação de saúde do adolescente como a auto-estima e desempenho escolar, enquanto outras o fazem de forma indireta, tais como a estrutura familiar, que por sua vez é mediada pela situação financeira da família⁷. Em outro trabalho, Vingilis et al⁸, através de uma breve revisão da literatura, observaram que os fatores pessoais e sócio-ambientais interagem levando a comportamentos que influenciam o estado de saúde psicológica, que por sua vez, influenciam as percepções pessoais de saúde dos adolescentes. Nessa mesma linha, um estudo realizado por Breidablik et al¹², em 2008, utilizando dados transversais de 2800 estudantes de 16 a 20 anos na Noruega, mostrou que o conceito de saúde dos adolescentes esteve relacionado aos fatores médicos, psicológicos, sociais e de estilos de vida.

Outra questão importante da abordagem da auto-avaliação de saúde nos adolescentes é a própria idade. Com o aumento da idade alguns fatores passam a ser mais importantes do que outros. Como exemplo, podemos citar o trabalho de Karademas et al¹⁴, que concluiu que a influência de fatores familiares e escolares na auto-avaliação de saúde parece diminuir à medida que aumenta a idade. Esses autores discutem que as atitudes pessoais e as relações com os pares tornam-se gradualmente mais importantes, reduzindo assim o impacto da família e da escola¹⁴.

Portanto, estudos em países desenvolvidos têm mostrado que a auto-avaliação de saúde em adolescentes é diretamente influenciada por problemas de saúde físicos, nível sócio-econômico, desempenho e envolvimento escolar, estrutura familiar e relacionamentos com os pais, índice de massa corporal, uso de tabaco e outras drogas, auto-estima e sentimento de segurança na vizinhança^{7-9,12,15-17}. Ou seja, a auto-avaliação de saúde nos adolescentes pode se estender além da sintomatologia e ser uma expressão de sofrimento da vida, indicando que este grupo etário define a saúde de uma forma ampla e global¹³.

Auto-avaliação de saúde em centros urbanos

Dentro da visão de que o ambiente social influencia a auto-avaliação de saúde dos adolescentes, vislumbramos a necessidade de entender como o ambiente social, e mais especificamente urbano, pode influenciar a saúde deste grupo etário. Para isso, recorreremos ao referencial teórico da saúde urbana.

A urbanização está associada às mudanças no estilo de vida, através do aumento do sedentarismo, da alimentação menos saudável, da maior ausência dos pais no convívio com os filhos^{18,19}. Portanto, o urbano traz transformações para o mundo das crianças e adolescentes, que podem afetar o seu bem-estar.

Segundo Caiaffa et al²⁰, o viver nas cidades certamente é a mudança demográfica mais importante ocorrida nas últimas décadas, representando uma realidade mundial, com vantagens e desvantagens. A cidade contemporânea reforça a idéia de que seus moradores estão constantemente sendo afetados por sua dinâmica^{20,21}. Entre os pilares da saúde urbana, destacam-se dois que auxiliam no entendimento da influência do ambiente na auto-avaliação de saúde dos adolescentes, são eles: o papel do ambiente físico e social como modelador da saúde das pessoas e a necessidade de aferir os fenômenos tendo como objeto as desigualdades injustas e evitáveis do ambiente físico, social e em saúde²⁰. Desta maneira, estudar os fatores pessoais e sócio-ambientais que influenciam a auto-avaliação de saúde segundo níveis socioeconômicos torna-se importante para a visualização de como as iniquidades afetam a saúde subjetiva dos adolescentes.

Arcabouço do modelo conceitual da auto-avaliação de saúde entre adolescentes

Apesar da escassez de pesquisas sobre preditores da auto-avaliação da saúde em adolescentes, identificou-se através da literatura fatores que podem afetar a avaliação subjetiva da saúde nesse grupo etário. Em função disso, propõe-se, um modelo conceitual da auto-avaliação de saúde entre adolescentes em um ambiente urbano, tendo como cerne fundamental a proposta de que fatores pessoais, sócio-ambientais e comportamentais se interagem e definem a saúde subjetiva deste grupo etário. O referencial teórico espelha-se principalmente nos trabalhos de Vingilis *et al*^{7,8}, resultando que a auto-avaliação de saúde dos adolescentes pode ser uma função de influências dos seguintes domínios: sócio-demográfico, estilos de vida, comportamentos de risco, suporte social (envolvimento social, escola e família, como subdomínios), saúde física e psicológica (Figura 1).

Ter uma auto-avaliação de saúde positiva em um ambiente urbano pode representar um foco de atenção da saúde pública voltado para este grupo etário, abordando-o numa perspectiva mais focalizada ou mais abrangente. Ou seja, através da análise de um único domínio e/ou do conjunto destes.

Frente ao exposto, o objetivo do presente estudo foi determinar se os domínios que compõem o modelo proposto acima influenciam a auto-avaliação de saúde dos adolescentes vivendo em um grande centro urbano, segundo o nível socioeconômico e a faixa etária.

Métodos

O Estudo Saúde em Beagá

“Saúde em Beagá” foi um inquérito domiciliar de base populacional, realizado em dois distritos sanitários (DS) do município de Belo Horizonte (Barreiro e Oeste) pelo Observatório de Saúde Urbana de Belo Horizonte (OSUBH)²². Este inquérito englobou três estudos do tipo observacional com delineamento transversal, sendo: 1) Projeto Modos de Vida, Estilos e Hábitos Saudáveis em BH – MOVE-SE BH; 2) Projeto Determinantes Sociais da Saúde) e, 3) Projeto Avaliação do Bem-Estar dos Adolescentes residentes em BH.

O objetivo do terceiro estudo foi avaliar o bem-estar dos adolescentes considerando todas as peculiaridades de se viver em um grande centro urbano. Para isso, tomou-se como marco teórico o relatório apresentado pelo UNICEF em fevereiro de 2007²³, que abordava uma visão global do bem-estar de crianças em 21 países desenvolvidos. E juntamente com os outros dois estudos citados anteriormente, formando o Estudo Saúde em Beagá, foi realizada a coleta de dados.

Foram inicialmente amostrados nos dois distritos 6900 domicílios cadastrados na base do Sistema de Controle de Zoonoses da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte (SMSA-BH), sendo estratificados por conglomerados em três estágios: setor censitário (SC); domicílio; e, dentro do domicílio, um residente adulto (≥ 18 anos de idade) e um adolescente de 11 a 17 anos.

Dentre os 6900 imóveis inicialmente elegíveis, 5436 (79,0%) correspondiam a residências, sendo sorteados moradores para a realização das entrevistas. Os 1464 (21,0%) imóveis restantes não eram endereços residenciais (casas demolidas, estabelecimentos comerciais, lotes vagos, casas em construção dentre outros). Desses 5436 domicílios, foram entrevistados 4089 moradores com idade maior ou igual a 18 anos.

Em relação à amostra dos adolescentes, participavam aqueles em domicílios que tivessem um adulto morador participante e que os adolescentes e os pais ou responsáveis concordassem. Em 1199 domicílios participantes tinham adolescentes elegíveis, sendo que a amostra final foi composta por 1050 adolescentes de 11 a 17 anos.

Para os restantes, 1.028 adultos e 149 adolescentes elegíveis, foram diversos os motivos para a não participação, destacando-se: recusa, moradores não encontrados após três tentativas, entrevistas canceladas, morador incapacitado de responder ao questionário, e no caso do adolescente, a recusa também ocorreu por não autorização dos pais ou responsável.

Os instrumentos de coleta de dados para adultos e adolescentes foram especialmente elaborados pelos pesquisadores do OSUBH²². Para os adolescentes, foram desenvolvidos dois instrumentos de coleta de dados, autopreenchidos e confidenciais, de acordo com a faixa etária. Foram baseados em instrumentos utilizados nos seguimentos das coortes de nascimento do Centro de Pesquisas Epidemiológicas/Universidade Federal de Pelotas

(CPE/UFPel)²⁴, na Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar (PeNSE)²⁵ e em pesquisas do UNICEF²³, além de questões elaboradas pela própria equipe do projeto “Saúde em Beagá”. Os instrumentos para os adolescentes foram: a) Questionário para 11, 12 e 13 anos de idade abordando o bem-estar educacional, estrutura familiar, atividade física, marcadores de hábitos alimentares e bem-estar subjetivo (percepção corporal, satisfação pessoal e satisfação com a vida atual e futura) e b) Questionário para 14, 15, 16 e 17 anos de idade, abordando todos os domínios anteriores, adicionados os comportamentos tais como iniciação sexual, consumo de tabaco, álcool e drogas ilícitas, brigas e violência, comportamento no trânsito além dos relacionamentos com outros da mesma idade.

Todos os instrumentos foram pré-codificados e pré-testados em uma amostra piloto, objetivando maior clareza, consistência, pertinência e adequação aos objetivos do inquérito.

Após ampla explicação e esclarecimentos de dúvidas foi solicitada a participação na pesquisa com consentimento dos pais e concordância do adolescente elegível, através da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), o jovem preenchia o questionário, de acordo com sua faixa etária e, em seguida, seu peso, altura e circunferência de cintura eram aferidos por entrevistador treinado. A coleta de dados ocorreu entre os meses de agosto de 2008 e fevereiro de 2009. Aproximadamente 25 entrevistadores estiveram envolvidos na coleta, sendo treinados constantemente e supervisionados diariamente.

Variáveis do estudo

A variável resposta foi a auto-avaliação da saúde, obtida a partir da pergunta "Como você classificaria sua saúde: muito boa, boa, razoável, ruim ou muito ruim?". As variáveis explicativas representaram aquelas propostas no modelo teórico apresentado acima e são descritas no Quadro 1.

No domínio sócio-demográfico a variável “número de itens educacionais no domicílio” foi utilizada como marcador de nível sócio-econômico, devido à alta correlação com renda familiar ($p < 0,001$). Adotou-se como ponto de corte a mediana do número de itens educacionais ($\geq$ seis), coincidindo com a recomendação do UNICEF²³. No subdomínio família, as variáveis “frequência que conversa” e “faz refeições” com os pais representaram a variável convívio familiar.

No subdomínio relacionamento com os pares a variável marcadora foi representada pela pergunta “considera os colegas legais e prestativos”. Como variáveis indicativas de comportamentos sedentários, foram utilizadas as frequências diárias que assistem televisão e jogam vídeo-game ou ficam no computador. Quanto à prática de atividade física, foi investigado o tempo de atividade física acumulada nos últimos sete dias, através de escore criado a partir da combinação dos tempos e frequências com que foram realizadas as seguintes atividades na semana anterior a aplicação do questionário: deslocamento para a escola a pé ou de bicicleta, aulas de educação física na escola e outras atividades físicas extra-escolares. O tempo de atividade física acumulada foi categorizado em: inativo; insuficientemente ativo (aqueles que praticaram atividade física de 1 a 299 minutos por semana); e ativo (praticaram 300 minutos ou mais de atividade física por semana)²⁵.

No domínio saúde física, a utilização de serviços de saúde foi representada pela variável utilização de serviços odontológicos. E, como *proxy* da morbidade, foi utilizado o índice de massa corporal (IMC), obtido a partir das medidas de peso e altura, aferidas respectivamente pela balança TANITA BC-553[®] e um antropômetro, de acordo com as recomendações da OMS²⁶. Para classificação do perfil nutricional dos adolescentes através do IMC utilizaram-se os pontos de corte preconizados por Conde & Monteiro²⁷ para adolescentes brasileiros. Elegu-se o termo "excesso de peso" para definir excesso de massa corporal ou peso relativo, caracterizado pelo sobrepeso ou obesidade.

Análise de dados

Inicialmente os adolescentes foram comparados quanto à variável resposta definida como a auto-avaliação de saúde, codificada em duas categorias: pior percepção de saúde (razoável, ruim ou muito ruim) e melhor percepção de saúde (muito boa ou boa), e as variáveis explicativas, usando-se o teste qui-quadrado de Pearson.

Posteriormente foram realizadas análises bivariadas e multivariadas logísticas separadas por idade e por nível socioeconômico (NSE), incorporando os fatores de ponderação, que considera os efeitos do desenho da amostra através do comando SVY do software STATA 10.0²⁸. A ponderação das estimativas considerou a estratificação da população segundo o

Índice de Vulnerabilidade à Saúde²⁰, e, os setores censitários, primeiro estágio de seleção amostral.

Na regressão logística, o procedimento consistiu em selecionar inicialmente as variáveis que nas análises bivariadas, com todas as variáveis, por NSE e por idade, apresentaram valor $p \leq 0,20$. O modelo logístico foi ajustado, eliminando as variáveis individualmente. O critério para as variáveis permanecerem no modelo foi um valor-p final $\leq 0,05$. Foram definidos cinco modelos: modelo global (com todos os adolescentes), 11 a 13 anos de idade, 14 a 17 anos de idade, < 6 itens educacionais no domicílio, > 6 itens educacionais no domicílio.

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Minas Gerais - Parecer no. ETIC nº 253/06 – extensão 01/08.

Resultados

Responderam ao questionário 1050 adolescentes de 11 a 17 anos; dos 1199 adolescentes convidados. Com relação à auto-avaliação da saúde, 120 (11,5%) consideraram sua saúde muito ruim a razoável e, 923 (88,5%), boa a muito boa. Nas tabelas 1 e 2 estão apresentados os resultados da análise bivariada.

No domínio sócio-demográfico, faixa etária, sexo e presença de itens educacionais no domicílio se associaram significativamente com a avaliação da saúde. Com relação ao domínio suporte social, foram encontradas associações significantes com a avaliação da saúde: famílias recompostas, realizar refeições e conversar com os pais, relacionamento com os pais, interesse familiar pela vida escolar do adolescente, existência de brigas na família, atraso escolar, gostar da escola, e considerar os colegas legais e prestativos (Tabela 1).

No domínio estilos de vida, realização do desjejum, consumo de frutas e prática de atividade física associaram significativamente à auto-avaliação da saúde. Quanto ao comportamento de risco, respondido por 608 adolescentes de 14 a 17 anos, consumo de bebida alcoólica e tabaco na vida, embriaguez duas ou mais vezes, envolvimento em brigas e vitimização por “*bullying*” se associaram à auto-avaliação de saúde (Tabela 2).

Todas as variáveis do domínio saúde psicológica apresentaram associações significantes com a auto-avaliação da saúde. Em relação às condições de saúde física, se associaram excesso de peso e utilização de serviços odontológicos (Tabela 2).

A Tabela 3 apresenta os cinco modelos multivariados: modelo global que incluiu as observações de todos os adolescentes, modelos segundo o NSE ($<$ e ≥ 6 itens educacionais no domicílio) e segundo faixa etária (11-13 anos e 14 – 17 anos). No apêndice A encontra-se o modelo global bivariado e multivariado.

Devido à presença de colinearidade, foi mantida a variável "consumo de frutas" em substituição à "realização de desjejum", e a variável "satisfação com a vida" em substituição à "escala de faces", exceto no modelo de 11 a 13 anos, em que se manteve a escala de faces.

No modelo global, todos os domínios, exceto o comportamento de risco, apresentaram variáveis associadas com a pior auto-avaliação de saúde, sendo elas: idade de 14 a 17 anos, menor NSE, relatar brigas na família, não considerar colegas legais e prestativos, consumir frutas menos de cinco dias na semana, não praticar atividade física, apresentar excesso de peso e nível negativo de satisfação com a vida.

No modelo de baixo NSE, estiveram associadas significativamente à pior auto-avaliação de saúde as seguintes variáveis e seus respectivos domínios: brigas na família, não considerar colegas legais e prestativos (suporte social), consumir frutas menos de cinco dias na semana, não praticar atividade física (estilos de vida), apresentar excesso de peso e nível negativo de satisfação com a vida (saúde física e psicológica, respectivamente). Já naqueles de adolescentes que moram em domicílios com alto NSE a pior auto-avaliação de saúde foi observada nos domínios: sócio-demográfico (idade de 14 a 17 anos), suporte social (famílias recompostas, relato de muita briga na família e realizar refeições junto com os pais menos de duas vezes na semana), saúde física (excesso de peso) e, finalmente saúde psicológica (insatisfatório bem-estar pessoal).

Com relação à faixa etária, adolescentes de 11 a 13 anos relataram pior auto-avaliação de saúde nos domínios suporte social, representado pelas categorias pouca briga no ambiente familiar e apreço à escola; e saúde psicológica, pela variável bem-estar psicológico,

mensurada pela escala de faces. Excesso de peso não se manteve associada à auto-avaliação de saúde, ao contrário do modelo de maiores de 13 anos abaixo descrito.

No modelo de adolescentes com 14 a 17 anos, os domínios suporte social (viver em famílias recompostas e monoparentais, muita briga em seu ambiente familiar, não considerar os colegas legais e prestativos, sentir-se inseguro na vizinhança), estilos de vida (consumo de frutas menos de cinco dias na semana), saúde física (excesso de peso), saúde psicológica (nível negativo de satisfação com a vida) e comportamentos de risco (consumo de tabaco na vida), se mantiveram associados à pior percepção de saúde.

Para entender melhor a variável briga na família, que permaneceu em todos os cinco modelos com altos valores de *Odds Ratio*, investigou-se sua associação com possíveis colineares, representadas por relacionamento e brigas com os pais e estrutura familiar. Observou-se relação significativa somente entre presença de briga na família e as duas primeiras variáveis (Figura 2).

Discussão

Pior auto-avaliação de saúde entre adolescentes associou-se a cinco dos seis domínios investigados, que seja sócio-demográfico, suporte social, estilos de vida, saúde física e saúde psicológica. Adolescentes brasileiros vivendo em grandes centros urbanos parecem ter uma auto-avaliação da saúde semelhante aos adolescentes vivendo em outros países; ou seja, além da saúde física, outros fatores influenciam a saúde subjetiva. Entretanto, esses fatores variam dependendo do grupo etário e NSE.

Achados prévios apóiam os resultados encontrados em relação aos fatores sócio-demográficos. Sexo, idade e situação financeira da família se associam à auto-avaliação de saúde nos adolescentes brasileiros bem como nos estudos internacionais^{7-9,12} adolescentes mais velhos e do sexo feminino apresentaram pior avaliação de saúde, sendo que maior faixa etária permaneceu associada mesmo ajustando por possíveis fatores de confusão. Considerando que a presença de seis ou mais itens de itens educacionais no domicílio (em contraponto à ausência), mostrou-se um bom marcador do nível socioeconômico, observa-se que essa variável associou-se positivamente a uma melhor auto-avaliação de saúde tanto na

análise bivariada quanto na regressão logística multivariada em modelo que incluiu todos os adolescentes.

Merece destaque a associação entre pior auto-avaliação da saúde e presença de brigas na família, independente do nível socioeconômico e da idade, demonstrado a importância da família para a saúde subjetiva dos adolescentes. Observou-se também que em famílias que existem brigas os adolescentes relatam um relacionamento ruim com os pais e que brigam muito com estes. Esse achado sugere que as brigas que ocorrem na família podem ser entre os adolescentes e os pais. Estudos demonstraram a importância do relacionamento e do apoio dos pais para a saúde do adolescente. Vilhjalmsson¹⁵ constatou que o apoio dos pais era mais importante do que apoio dos pares ou de outro adulto para promover a auto-avaliação da saúde do adolescente.

O ambiente familiar parece ser ainda mais relevante para a auto-avaliação de saúde entre os adolescentes que moram em domicílios com seis ou mais itens educacionais, uma vez que viver em famílias recompostas e realizar refeições com os pais menos de duas vezes por semana foram associados a pior percepção de saúde.

A relação entre estrutura familiar e percepção de saúde é considerada complexa por alguns autores que trabalham com o tema. Mechanic e Hansell¹³ encontraram que a estrutura familiar não está associada a sintomas físicos e psicológicos, ao contrário do relato de conflitos familiares. Outros estudos demonstram que adolescentes que vivem em famílias monoparentais possuem pior avaliação da saúde, mas que este não é um efeito direto e sim mediado pela situação financeira e pela qualidade das interações familiares^{7,16}. Em estudo realizado por Herrenkohl et al²⁹, mostrou que o conflito familiar aumentou a cada ano entre os adolescentes com idade entre 14 a 18 anos, e que esta situação pode levar a sintomas depressivos e eventos estressantes na vida adulta.

Segundo Heard, Gorman & Kapinus¹⁶, a influência da estrutura familiar na auto-avaliação de saúde dos adolescentes pode ser explicada pelas relações entre os pais e adolescentes, uma vez que estudos têm demonstrado que o vínculo entre os pais e os filhos está enfraquecido em famílias não-biparentais. Os autores ainda defendem que a coesão familiar é menor em famílias monoparentais e recompostas, e dessa maneira, os adolescentes que vivem nessas

estruturas familiares podem ser mais propensos a se engajar em comportamentos de risco à saúde¹⁶.

Karademas et al¹⁴ consideraram que ambiente familiar e escolar positivos criam um ambiente de vida construtivo, resultando em maior satisfação com a vida e menos queixas de saúde em adolescentes. Estes autores ainda concluem que a influência de fatores familiares e escolares no indicador de saúde parece diminuir à medida que aumenta a idade. E consideram como possível explicação que para os adolescentes mais velhos outros fatores, tais como atitudes pessoais e as relações com os pares, tornam-se gradualmente mais importantes, reduzindo assim o impacto da família e da escola. Isso não significa, porém, que a família e a escola perdem completamente sua importância.

O presente estudo encontrou resultados consistentes com achados relatados, pois apontam o não gostar da escola como preditor de uma pior auto-avaliação de saúde em adolescentes de 11 a 13 anos de idade. Em contraste, tal indicador não se associou à pior auto-avaliação de saúde entre os adolescentes mais velhos de 14 a 17 anos, sugerindo que o universo do adolescente menos jovem deixa de ser exclusivamente a escola transmutando-se para questões ligadas à família, aos colegas/pares e à vizinhança.

Os adolescentes que não consideram os colegas legais e prestativos tiveram pior auto-avaliação de saúde em comparação àqueles que os consideram legais e prestativos. Esta variável faz parte do subdomínio envolvimento social no modelo conceitual proposto e pode informar sobre o relacionamento com os colegas/pares. Alguns autores mostram que o apoio de outras pessoas além dos pais também é influente na saúde do adolescente, e em particular, as relações com colegas constituem uma das partes mais importantes da vida social dos adolescentes, de modo que o apoio dos amigos está associado a uma melhor auto-avaliação da saúde^{8,15,16}.

No presente estudo, os adolescentes mais velhos, que tinham um sentimento de insegurança na vizinhança apresentaram uma pior percepção de saúde, corroborando com achados de um trabalho que utilizou dados da primeira avaliação da coorte estudo *Add Health* (National Longitudinal Study of Adolescent Health) para avaliar fatores socioeconômicos que contribuem para a saúde dos adolescentes¹⁷.

Em relação aos estilos de vida não saudáveis, representados pelo baixo consumo semanal de frutas e ser inativo fisicamente, esses se associaram à pior percepção de saúde. A Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar (PeNSE)²⁵ realizada nas capitais brasileiras e no Distrito Federal, em 2009, com estudantes do 9º ano do ensino fundamental (13 a 15 anos de idade) mostrou que 36,8% dos escolares de BH consomem fruta cinco ou mais dias por semana, resultados muito semelhantes ao encontrado em nosso estudo (36,6%).

No presente estudo, os comportamentos de risco foram avaliados apenas entre os adolescentes de 14 a 17 anos, e associados com pior avaliação de saúde, na análise bivariada. Esta associação também foi observada em estudos internacionais^{7,8,12,16,30}. Apenas o uso de tabaco alguma vez na vida permaneceu associado à auto-avaliação de saúde no modelo multivariado com adolescentes de 14 a 17 anos. A PeNSE²⁵ mostrou que em BH 75,4% e 25,4% dos 3.115 adolescentes entrevistados já consumiram bebida alcoólica ou fumaram alguma vez na vida, comparado à 58,9% e 15,6% dos adolescentes entrevistados no “Estudo Saúde em Beagá”. Essa diferença poderia ser explicada em função do local onde os adolescentes responderam aos questionários, uma vez que no Estudo Saúde em Beagá, eles responderam ao instrumento no domicílio, em contraponto, ao da PeNSE, que foi respondido na escola. Com isso o local da entrevista poderia levar a uma subestimação da resposta dos adolescentes quanto aos comportamentos de risco.

Em relação à violência, em BH a proporção de adolescentes participantes da PeNSE²⁵ que relatam ter se envolvido em alguma briga na qual alguém foi agredido fisicamente (12,9%) foi muito semelhante ao encontrado no presente estudo (13,2%). A violência interpessoal entre adolescentes, manifestada pela luta (briga) física, tem emergido como problema de grande relevância, e sido considerada uma manifestação comum nesse grupo etário²⁵.

Os adolescentes que se envolveram em brigas ou foram vítimas de *bullying* também relataram pior auto-avaliação de saúde na análise bivariada. O termo *bullying* tem sido utilizado para designar uma prática perversa de humilhações sistemáticas de crianças e adolescentes, principalmente no ambiente escolar. Portanto, pode ser definido como atos de violência física ou psicológica, intencionais e repetidos, praticados por um indivíduo ou grupo de indivíduos com o objetivo de intimidar ou agredir outro indivíduo incapaz de se defender³¹. Os resultados da PeNSE²⁵ mostraram que Belo Horizonte, com 35,3%, foi a segunda maior frequência de escolares que declararam ter sofrido esse tipo de agressão alguma vez nos últimos 30 dias

entre as capitais brasileiras. Essa proporção foi semelhante à encontrada na nossa pesquisa, em que 36,8% dos adolescentes relataram terem sido vítimas de *bullying*.

Em relação ao domínio saúde psicológica, observou no presente estudo a permanência de variáveis que representam este domínio em todos os modelos analisados, o que sugere a importância da saúde “mental” para a auto-avaliação de saúde. Os adolescentes que possuem um nível negativo de satisfação com a vida ou um bem-estar pessoal ruim ou mal-estar psicológico possuem uma pior auto-avaliação de saúde. A importância do bem-estar psicológico para a auto-avaliação de saúde entre adolescentes tem sido demonstrada pela maioria dos trabalhos que tratam da avaliação subjetiva da saúde pela medida de item único. Estes estudos destacam a associação da baixa auto-estima^{7,13} e do nível negativo de satisfação com a vida¹⁴ com uma pior auto-avaliação da saúde.

Vale comentar ainda, a substituição da variável satisfação com a vida pela variável bem-estar psicológico no modelo de adolescentes de 11 a 13 anos de idade. O que pode indicar uma maior compreensão da escala de faces em comparação a escala da escada de Cantril sugerindo que esta última seja mais subjetiva e não condizente com o universo dos adolescentes mais jovens.

Vingilis et al^{7,32} afirmam que a auto-avaliação de saúde entre adolescentes é influenciada por fatores pessoais, sócio-ambientais, comportamentais e psicológicos, mas que o estado de saúde físico é o mais forte preditor. No presente estudo, consideramos como indicadores do domínio saúde física o índice de massa corporal e a utilização de serviços odontológicos. Apesar da associação deste último indicador apenas na análise bivariada, indícios de baixa utilização do serviço odontológico sugerem pior auto-avaliação de saúde.

O excesso de peso esteve associado a uma pior percepção de saúde em todos os modelos, com exceção dos adolescentes com idade entre 11 e 13 anos, talvez porque nesta idade, a obesidade pode ainda não afetar a saúde psicológica destes adolescentes. A literatura converge para a influência negativa do IMC elevado na saúde subjetiva⁸. Apesar da obesidade ser considerada muitas vezes mais um estilo de vida ou comportamento relacionado à saúde, ela tem ocupado a posição relevante de um sério problema de saúde pública, principalmente nos grandes centros urbanos^{33,34}. Assim, nessa ótica, consideramos pertinente a inclusão deste

indicador no domínio saúde física, representando mais que uma causa, um efeito na saúde advindo de estilos de vida não saudáveis.

Limitações:

Entre as possíveis limitações podemos citar a natureza seccional desse estudo, que não permite fazer inferências causais ou temporais sobre associações encontradas³⁵. Os dados analisados são baseados no auto-relato de adolescentes, sendo possível a introdução de viés de informação ou de memória. Em estudos com indivíduos com idade maior ou igual a 18 anos estas informações podem ainda ser influenciadas também pelo acesso aos serviços de saúde³⁶.

Além disso, alguns indicadores foram avaliados por meio de escalas ou itens únicos cujas fontes foram trabalhos nacionais ou internacionais, porém ainda não validados. Ao mesmo tempo, outros fatores que também podem ser significativamente associados com a saúde subjetiva e interagir com fatores sociais (família, escola, vizinhança e amigos), pessoais, saúde física, estilos de vida e comportamentos, tais como as relações com professores, irmãos, morbidade referida e violência familiar, não foram examinados.

É importante reconhecer que não avaliamos indicadores importantes como trabalho infantil e violência doméstica. Além disso, nossa abordagem se resume a uma visão epidemiológica, uma auto-avaliação quantitativa do adolescente, e não uma visão psicanalítica ou sociológica, que consideramos importantes para o estudo do bem-estar. É necessário a condução de estudos qualitativos que tenham os adolescentes como unidade de análise, investigando quais fatores influenciam o bem-estar através do ponto de vista deste grupo etário.

Perspectivas:

Considera-se pertinente para um próximo estudo a análise utilizando a modelagem com equações estruturais para confirmar o modelo conceitual proposto e conhecer os efeitos diretos e indiretos das variáveis explicativas sobre a auto-avaliação de saúde entre adolescentes. Vingilis et al⁷, mostrou que variáveis explicativas como a estrutura familiar exercem influência sobre a auto-avaliação de saúde, porém mediada pela situação financeira da família. Desta maneira, outros fatores importantes para a auto-avaliação de saúde podem ser mascarados ou subestimados em função da existência de possíveis variáveis mediadoras ou intervenientes^{37,38}.

Após o conhecimento do modelo conceitual, considerando a presença de variáveis mediadoras, torna-se necessário o entendimento da influência de fatores contextuais na auto-avaliação de saúde. E entre os fatores contextuais, as características da vizinhança se destacam quando pensamos em adolescentes que vivem em grandes centros urbanos.

Segundo Santos et al³⁹ as características da vizinhança podem ser agrupadas em três dimensões (sócio-econômica, física e psicossocial do ambiente) e os efeitos contextuais destas na saúde individual têm sido empiricamente demonstrados levando-se em conta diversos fatores individuais (idade, renda, condição de saúde, obesidade, fumo). Esses autores consideram que os desenhos de estudo mais indicados para avaliar características contextuais e fatores individuais na saúde devem incluir múltiplos níveis hierárquicos.

Portanto, vê-se como perspectiva para o estudo da influência de fatores individuais e contextuais na auto-avaliação de saúde entre adolescentes uma abordagem multinível que seja capaz de oferecer uma medida mais refinada da contribuição de cada um dos níveis³⁹.

Implicações:

Os achados têm importantes implicações para a saúde pública, para levantamentos epidemiológicos envolvendo adolescentes e para a prática clínica pediátrica⁹. A literatura e o presente estudo demonstram o mérito da medida de único item utilizada na avaliação da saúde do adolescente.

Intervenções pediátricas podem ser realizadas quando os adolescentes possuem uma auto-avaliação de saúde ruim, indicando que algum domínio relacionado a esta medida pode estar comprometido, como relacionamento com os familiares ou pares, presença de algum estilo de vida ou comportamento não saudável, ou a própria saúde psicológica ou física.

Políticas públicas voltadas para este grupo etário podem ser planejadas e desenvolvidas visando atuar nos preditores da auto-avaliação de saúde. Como exemplos destas políticas têm-se programas de promoção à saúde que encorajem a prática de atividade física, a manutenção do peso corporal, a alimentação saudável e que incentivem a convivência familiar e com seus pares através de espaços públicos como áreas de lazer que garantam um ambiente social saudável e prazeroso.

Considerações iniciais

Corroborando com outros estudos^{7,8,14-17}, o presente trabalho considera o ambiente social, através da família, escola e vizinhança, importantes preditores para a auto-avaliação de saúde em adolescentes, diferindo em relação à faixa etária e nível socioeconômico.

Somado a isso, os resultados encontrados na população evidenciam uma estrutura multidimensional da auto-avaliação da saúde entre adolescentes, composta pelos domínios sócio-demográfico, suporte social, estilos de vida, comportamentos de risco, saúde psicológica e física. Essa composição remonta a definição de saúde adotada pela Organização Mundial de Saúde⁴⁰ como um “completo estado de bem estar físico, mental e social, e não simplesmente a ausência de doença ou enfermidade”. Portanto, torna-se necessário entender a auto-avaliação de saúde entre adolescentes considerando o bem-estar global deste grupo etário como proposto pela UNICEF, no relatório chamado “*Child poverty in perspective: An overview of child well-being in rich countries*”²³.

Agradecimentos

Aos pesquisadores do Observatório de Saúde Urbana de Belo Horizonte, envolvidos na execução do Estudo Saúde em Beagá, composto pelos três projetos: 1) Projeto Modos de Vida, Estilos e Hábitos Saudáveis em Belo Horizonte - MOVE-SE BH, coordenado pela Dra. Waleska Teixeira Caiaffa, financiado pelo Fundo Nacional de Saúde do Ministério da Saúde (processo 25000.102984/2006-97) e CNPq (Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico – Processo 475004/2006-0); 2) Projeto Determinantes Sociais da Saúde, coordenado pelo Dr. Fernando Augusto Proietti, financiado pelo CNPq (Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico-Processo 409688/2006-1); 3) Avaliação do bem-estar dos adolescentes residentes em Belo Horizonte, coordenado pelo Dr. César Coelho Xavier, financiado pela FAPEMIG (Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de Minas Gerais - Processo APQ-00975-08).

Demais participantes do Estudo Saúde em Beagá: Aline Cristine de Sousa Lopes, Clareci Silva Cardoso, Cláudia di Lorenzo Oliveira, Cibele Comini César, Amélia Augusta Lima Friche, Aline Dayrell Ferreira Salles, Elaine Machado, Fabiane Ribeiro Ferreira, Mery Natali Silva Abreu, Eulilian Dias de Freitas, Janaína Lavalli Goston, Adriana Lúcia Meireles, Vitor

Passos Camargos, Angélica Salles Dias, Celeste de Souza Rodrigues, Maria Cristina de Mattos Almeida, Aline Cupertino, Daniela Guedes, Fernanda Freitas, Gabriela Resende Castro, Maria Gabriela Reis Marques, Rogério da Silva Júnior, Rafael Esteves.

Referências bibliográficas

1. Boardman JD. Self-rated health among U.S. adolescents. *J Adolesc Health*. 2006;38:401-48.
2. Zullig KJ, Valois RF, Drane JW. Adolescent distinctions between quality of life and self-rated health in quality of life research. *Health Qual Life Outcomes*. 2005;3:64.
3. Manderbacka K, Lundberg O, Martikainen P. Do risk factors and health behaviours contribute to self-ratings of health? *Soc Sci Med*. 1999;48:1713-20.
4. Idler EL, Benyamini Y. Self-rated health and mortality: A review of twenty-seven community studies . *J Health Soc Behav*. 1997;38:21-37.
5. Jylhä M, Gurainik JM, Ferrucci L, Jokela J, Heikkinen E. Is self-rated health comparable across cultures and genders? *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci*. 1998;53:S144-52.
6. Lima-Costa MF, Firmo JOA, Uchoa E. A estrutura da auto-avaliação da saúde entre idosos: projeto Bambuí. *Rev Saúde Pública*. 2004;36(6):827-34.
7. Vingilis ER, Wade TJ, Adlaf E. What factors predict student self-rated physical health? *J Adolesc*. 1998;21:83-97.
8. Vingilis ER, Wade TJ, Seeley JS. Predictors of adolescent self-rated health. Analysis of the National Population Health Survey. *Can J Public Health*. 2002;30:193-7.
9. Page RM, Suwanteerangkul J. Self-rated health, psychosocial functioning, and health-related behavior among Thai adolescents. *Pediatr Int*. 2009;51:120-5.
10. Peres F, Rosenberg CP. Desvelando a concepção de adolescência/adolescente presente no discurso da saúde pública. *Saúde Soc*. 1998;7(1):53-86.
11. Ferreira MA, Alvim NAT, Teixeira MLO, Veloso RC. Saberes de adolescentes: estilo de vida e cuidado à saúde. *Texto & Contexto Enferm*. 2007;16(2):217-24.
12. Breidablik HJ, Meland E, Lydersen S. Self-rated health in adolescence: A multifactorial composite. *Scand J Public Health*. 2008;36:12-20.
13. Mechanic D, Hansell S. Adolescent competence, psychological well-being, and self-assessed physical health. *J Health Soc Behav*. 1987;28(4):364-74.
14. Karademas EC, Peppas N, Fotiou A, Kokkevi A. Family, School and Health in Children and Adolescents: Findings from the 2006 HBSC Study in Greece. *J Health Psychol*. 2008;13(8):1012-20.
15. Vilhjalmsson R. Effects of Social Support on Self-Assessed Health in Adolescence. *J Youth Adolesc*. 1994;23(4):437-52.

16. Heard HE, Gorman BK, Kapinus CA. Family structure and self-rated health in adolescence and young adulthood. *Popul Res Policy Rev.* 2008;27:773–97.
17. Call KT, Nonnemaker J. Socioeconomic disparities in adolescent health: contributing factors . *Ann N.Y. Acad Sci.* 1999;896:352-5.
18. Ruel MT, Haddad L, Garrett JL. Some urban facts of live: implications for research and policy. *World Development.* 1999;27(11):1917-38.
19. Hoffmann R, Leone ET. Participação da mulher no mercado de trabalho e desigualdade da renda domiciliar *per capita* no Brasil: 1981-2002. *Nova Econ.* 2004;14(2):35-58.
20. Caiaffa WT, Ferreira AD, Oliveira CL, Camargos VP, Proietti FA. Saúde urbana: "a cidade é uma estranha senhora, que hoje sorri e amanhã te devora". *Ciênc saúde coletiva.* 2008;13(6):1785-96.
21. Vlahov D, Galea S, Freudenberg N. Toward an urban health advantage. *J Public Health Manag Pract.* 2005;11(3):256-8.
22. Observatório de Saúde Urbana de Belo Horizonte (OSUBH) [*homepage* na Internet]. Belo Horizonte: Faculdade de Medicina/Universidade Federal de Minas Gerais. <http://www.medicina.ufmg.br/osubh/index.html> (acessado em 12/fev/2010).
23. Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF). Child poverty in perspective: An overview of child well-being in rich countries - Report Card nº 7. Florence: UNICEF Innocenti Research Centre; 2007. http://www.unicef-irc.org/publications/pdf/rc7_eng.pdf (acessado 09/set/2007).
24. Centro de Pesquisas Epidemiológicas/Universidade Federal de Pelotas (CPE/UFPel). Estudo da Coorte de nascimentos de 1993 em Pelotas/RS. Pelotas: Faculdade de Medicina/Universidade Federal de Pelotas. http://www.epidemioufpel.org.br/projetos_de_pesquisas/coorte1993 (acessado em 09/set/2007).
25. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar. Rio de Janeiro: IBGE; 2009.
26. World Health Organization (WHO). Physical status: The use and Interpretation of Anthropometry. Technical Report Series 854. Geneva, 1995.
27. Conde WL, Monteiro CA. Body mass index cutoff points for evaluation of nutritional status in Brazilian children and adolescents. *J Pediatr (Rio J).* 2006;82:266-72.
28. Chantala K, Tabor J. Strategies to Perform a Design-Based Analysis Using the Add Health Data. Chapel Hill: University of North Carolina; 1999. <http://www.cpc.unc.edu/projects/addhealth/data/using/guides/weight1.pdf> (acessado em 08/jan/2010).
29. Herrenkohl TI, Kosterman R, Hawkins JD, Mason WA. Effects of growth in family conflict in adolescence on adult depressive symptoms: mediating and moderating effects of stress and school bonding. *J Adolesc Health.* 2009;44(2):146-52.

30. Ahmad K, Jafar TH, Chaturvedi N. Self-rated health in Pakistan: results of a national health survey. *BMC Public Health*. 2005;5(51):1-7. <http://www.biomedcentral.com/1471-2458/5/51> (acessado em 12/jan/2010).
31. Associação Brasileira de Proteção à Infância e Adolescência (ABRAPIA). Programa de redução do comportamento agressivo entre estudantes. <http://www.bullying.com.br/BConceituacao21.htm> (acessado em 05/ag/2008).
27. Vingilis E, Wade TJ, Seeley J. Predictors of adolescent health care utilization. *J Adolesc*. 2007;30(5):773–800.
28. Popkin BM, Doak C. The obesity epidemic is a worldwide phenomenon. *Nutr Ver*. 1998;56:106-14.
29. Cândido APC et al. Cardiovascular risk factors in children and adolescents living in an urban area of Southeast of Brazil: Ouro Preto Study. *Eur J Pediatr*. 2009;168(11):1373–82.
30. Cardoso CS, Caiaffa WT, Bandeira M, Siqueira AL, Abreu MNS, Fonseca JOP. Qualidade de vida e dimensão ocupacional na esquizofrenia: uma comparação por sexo. *Cad Saúde Pública*. 2006;22(6):1303-14.
31. Barreto SM, Figueiredo RC. Doença crônica, auto-avaliação de saúde e comportamento de risco: diferença de gênero. *Rev Saúde Pública*. 2009;43(Supl 2):38-47.
32. Vasconcelos AGG, Almeida RMV, Nobre FF. Path analysis and multi-criteria decision making: an approach for multivariate model selection and analysis in health. *Ann Epidemiol*. 2001;11:377-84.
33. Santos AM, Silva AAM. Desenvolvimento metodológico para análises hierarquizadas por equações estruturais na área de saúde. São Luís: Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva/Universidade Federal do Maranhão. <http://www.pgsc.ufma.br/pesquisas/equacoes.html> (acessado em 12/jan/2010).
34. Santos SM, Chor D, Werneck GL, Coutinho ESF. Associação entre fatores contextuais e auto-avaliação de saúde: uma revisão sistemática de estudos multinível. *Cad Saúde Pública*. 2007;23(11):2533-54.
40. Larson JS. The World Health Organization's definition of health: Social versus spiritual health. *Soc Indic Resh*. 1996;38(2):181-92.
41. Kakeshita IS. Adaptação e validação de Escalas de Silhuetas para crianças e adultos brasileiros. Tese, 2008. Pós-Graduação em Psicobiologia, Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto (FFCLRP). <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/59/59134/tde-25052008-170240/?C=M;O=A> (acessado em 07/set/2008).
42. McDowell I, Newell C. Measuring health. A guide to rating scales and questionnaires. New York: Oxford University Press; 1996.

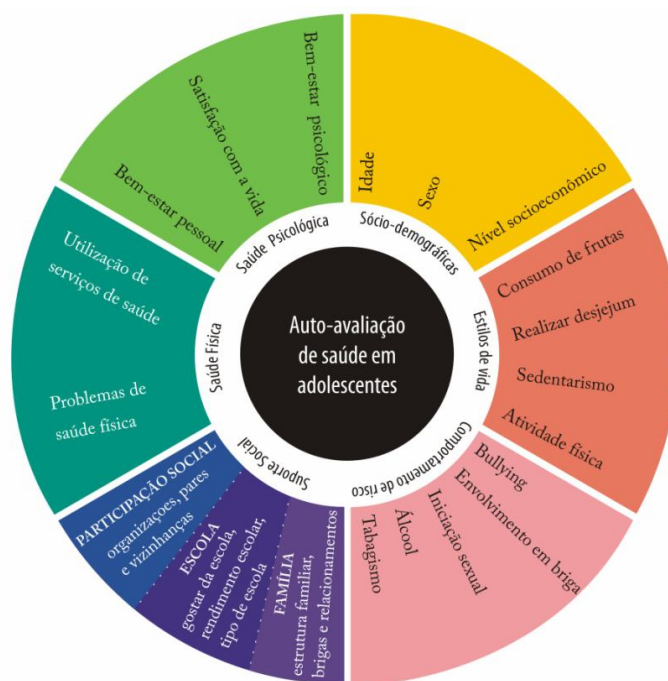


Figura 1. Modelo conceitual para a auto-avaliação de saúde em adolescentes segundo os domínios sócio-demográfico, estilos de vida, comportamentos de risco, suporte social, saúde física e psicológica

Quadro 1. Descrição das variáveis utilizadas segundo domínios da auto-avaliação de saúde. Estudo Saúde em Beagá, 2008-2009.

VARIÁVEL	PERGUNTA	CATEGORIAS DE ANÁLISE	FONTE
Auto-avaliação de saúde	Em geral, você considera sua saúde:	Muito boa/boa; razoável/ ruim/muito ruim	UNICEF
Sócio-demográfico			
Idade	Qual é a sua idade?	Questão aberta	OSUBH
Sexo	Qual é o seu sexo?	Feminino; masculino	OSUBH
Itens educacionais e culturais no domicílio	Quais dos itens abaixo têm na sua casa: dicionário? Calculadora? Livro de estudos para a escola? Mesa ou escrivaninha para estudar? Computador para fazer os trabalhos escolares? Internet? Software educacional? Lugar tranquilo/calmo para estudar?	Escore de 0 a 8, sendo: 0 a 5 → baixo nível sócio-econômico 6 a 8 → alto nível sócio-econômico	UNICEF
Livros não escolares no domicílio	Sua casa tem pelo menos 10 livros não escolares (livros não utilizados na escola)?	Sim; Não	UNICEF
Suporte Social			
FAMÍLIA			
Estrutura familiar	Quem são as pessoas que moram com você?	Famílias tradicionais, monoparentais, recompostas [#]	OSUBH
Brigas na família	Geralmente, dentro das famílias existem brigas. Comparando a sua família com outras que você conhece, você diria que na sua família:	Não existem brigas; briga pouco; briga muito	CPE/UFPel
Relacionamento com os pais	Responda Sim ou Não para as seguintes afirmativas: Meus pais ou quem me cria estão sempre ao meu lado quando preciso deles; Meus pais ou quem me cria me fazem sentir amado e cuidado; Posso falar para meus pais ou quem me cria qualquer problema que eu tenho; Meus pais (ou quem me cria) e eu brigamos muito; Meus pais ou quem me cria me dão a atenção que eu preciso; Meus pais ou quem me cria me fazem sentir mal sobre mim mesmo	Escore variou de 0 a 6, sendo 0-4 → ruim relacionamento com os pais 5-6 → bom relacionamento com os pais	UNICEF
Realiza refeições junto com os pais	Em geral, quantas vezes por semana seu pai ou sua mãe ou quem te cria come junto, isto é, almoça ou janta com você?	Menos de uma vez por semana; duas vezes ou mais por semana	UNICEF
Tempo disponível para conversa	Em geral, com que frequência seu pai ou sua mãe ou quem te cria passa um tempo conversando (pessoalmente, telefone ou internet) com você?	Nunca ou raramente; às vezes ou sempre	UNICEF
Interesse pela vida escolar	Quem na sua família mais se interessa e participa das suas coisas da escola?	Pai e/ou mãe ou outro familiar; não está estudando ou ninguém se interessa	UNICEF
ESCOLA			
Satisfação com a vida escolar	Em relação a sua escola:	Não gosta; gosta	UNICEF
Atraso escolar	Você já repetiu o ano?	Sim; Não	CPE/UFPel
Tipo de escola	A escola que você frequenta é:	Pública; particular	OSUBH
ENVOLVIMENTO SOCIAL			
Participação em organizações	De que tipo de organização você participa?	Igreja, trabalho voluntário/comunitário, naturezas, grêmio escolar, entidades estudantis, torcida organizada, outras, não participo	OSUBH
Colegas legais e prestativos	Você acha seus colegas ou amigos legais e prestativos?	Sim; não	UNICEF
Insegurança na vizinhança	Você tem medo (ou se sente inseguro) de caminhar sozinho perto da sua casa ou bairro?	Sim; não	OSUBH

Estilos de vida			
Consumo de frutas	Quantos dias na semana você costuma comer frutas frescas ou salada de frutas?	Sim; não	UNICEF
Frequência do café da manhã/desjejum	Com que frequência, você toma café da manhã ou faz algum lanche quando acorda?	Nunca ou quase nunca; às vezes ou sempre	UNICEF
Tempo gasto com televisão	Num dia de semana comum, quantas horas você assiste TV?	Não assiste; 1 hora/ dia ou menos; 2 horas/dia; 3 horas ou mais/dia	PeNSE
Tempo gasto com vídeo-game ou computador	Num dia de semana comum, quantas horas você joga vídeo-game ou fica no computador?	Não joga vídeo-game/fica no computador; 1 hora/ dia ou menos; 2 horas/dia; 3 horas ou mais/dia	PeNSE
Comportamentos de risco (apenas para adolescentes de 14 a 17 anos)			
Consumo de bebidas alcoólicas na vida	Alguma vez você já tomou bebida alcoólica?	Sim; não	CPE/UFPeI
Frequência de embriaguez	Na sua vida, quantas vezes você bebeu tanto que ficou realmente bêbado?	Já ficou bêbado mais de duas vezes; não ficou bêbado mais de duas vezes	UNICEF; CPE/UFPeI
Consumo de cigarros na vida	Alguma vez você já fumou cigarros?	Sim; não	CPE/UFPeI
Consumo de drogas ilícitas na vida	Na sua vida, qual destas substâncias você já usou?	Nunca usou; uma droga ilícita ou mais	CPE/UFPeI
Relações sexuais	Você já teve relação sexual (transou)?	Sim; não	CPE/UFPeI
Iniciação sexual precoce	Com que idade você teve sua primeira relação sexual?	Menos de 15 anos; 15 anos ou mais	CPE/UFPeI
Nº de parceiros sexuais	Na sua vida, você já teve relação sexual (transou) com quantas pessoas?	Uma pessoa; duas ou mais	CPE/UFPeI
Uso de método anticoncepcional	Na última vez que você teve relação sexual (transou), usou algum método para evitar a gravidez?	Sim; não	CPE/UFPeI
Envolvimento em brigas	No último ano, você entrou em alguma briga em que alguém ficou machucado?	Sim; não	CPE/UFPeI
Vítima de <i>bullying</i> na vida ^{##}	Você já sofreu algum tipo de intimidação, ofensa, agressão ou perseguição com insistência em que você se sentiu humilhado ou com medo?	Sim; não	OSUBH
Saúde Psicológica			
Bem-estar psicológico	Escala de faces de Andrews e Withey (1976) ⁴²	Face nº 1 a 4 → mal-estar psicológico; Face nº 5 a 7 → bem-estar psicológico	CPE/UFPeI
Satisfação com a vida	Escala da escada adaptada de Cantril (1965) ⁴²	Degrau 6 ou superior → nível positivo de satisfação com a vida; Degrau 5 ou inferior → nível negativo de satisfação com a vida	UNICEF
Bem-estar pessoal	Responda Sim ou Não para as seguintes afirmativas: Em geral, você se sente: Deixado de lado ou excluído; Desajeitado ou pouco confortável em situações como festas ou grupos; Sozinho ou solitário	Score variou de 0 a 3, sendo: 0 → Bem-estar pessoal ótimo; 1 → Bem-estar pessoal médio; 2-3 → Bem-estar pessoal ruim	UNICEF
Satisfação corporal	Escala de percepção corporal desenvolvida por Kakeshita (2008) ⁴¹	Satisfeito; insatisfeito	OSUBH
Saúde Física			
Excesso de peso (sobrepeso + obesidade)	Peso e altura → IMC	Conde e Monteiro (2006)	UNICEF
Utilização de serviços odontológicos	Há quanto tempo foi sua última visita ao dentista?	Há menos de um ano; um ano ou mais	OSUBH

[#] Família tradicional: adolescente mora com o pai e mãe, ou com o marido/esposa sem os pais; Recompota: adolescente afirmou morar com um dos pais e com padrasto ou madrastra; Monoparental: adolescente mora apenas com um dos pais. ^{##} Bullying: atos de violência física ou psicológica, intencionais e repetidos, praticados por um indivíduo ou grupo de indivíduos com o objetivo de intimidar ou agredir outro indivíduo incapaz de se defender.

Tabela 1. Características sócio-demográficas e suporte social segundo auto-avaliação de saúde dos adolescentes. Estudo Saúde em Beagá, 2008-2009.

Características	Total n	%	Pior* %	Melhor** %	Valor-p [#]
Sócio-demográficas					
Sexo feminino	499	47,8	55,8	46,8	0,063
Idade 14 - 17 anos	605	58,0	26,7	44,0	<0,001
Renda familiar menor que 3 SM	557	53,4	6,0	52,6	0,276
Menos de seis itens educacionais	428	42,0	53,8	40,5	0,007
Tem pelo menos 10 livros não escolares em casa TIRAR?	721	70,6	6,0	72,0	0,013
Suporte Social					
FAMÍLIA					
Estrutura familiar					
Tradicionais	659	63,2	53,3	64,5	0,045
Monoparentais	268	25,7	30,8	25,0	
Recompostas	116	11,1	15,8	10,5	
Brigas na família					
Não existem brigas	330	31,7	15,0	33,8	<0,001
Briga pouco	613	58,8	55,8	59,2	
Briga muito	99	9,5	29,2	6,9	
Comem junto com os pais menos de 2x/semana	177	17,0	25,2	16,0	0,008
Conversam com os pais raramente ou nunca	149	14,3	22,7	13,2	0,006
Interesse pela vida escolar do adolescente					
Pai e/ou mãe ou outro familiar	909	92,7	82,4	93,9	<0,001
Ninguém se interessa	72	6,9	17,6	6,1	
Ruim relacionamento com os pais	151	14,6	32,8	12,2	<0,001
ESCOLA					
Atraso escolar (Já repetiu o ano)	333	32,5	45,3	30,8	0,002
Não está freqüentando a escola	56	5,3	0,1	4,7	0,025
Não gosta da escola	115	11,7	22,2	10,4	<0,001
Escola pública	832	84,5	86,1	84,3	0,617
ENVOLVIMENTO SOCIAL					
Não participa de organizações comunitárias	212	35,4	41,4	34,4	0,207
Não consideram os amigos “legais e prestativos”	64	6,3	12,2	5,6	0,006
Sente-se inseguro de caminhar na vizinhança	479	46,1	49,2	45,7	0,468

* Pior auto-avaliação de saúde

** Melhor auto-avaliação de saúde

Valor-p obtido por meio do teste qui-quadrado de Pearson

Tabela 2. Características de estilos de vida, comportamentos de risco, saúde psicológica e física segundo auto-avaliação de saúde dos adolescentes. Estudo Saúde em Beagá, 2008-2009.

Segundo auto-avaliação de saúde dos adolescentes. Estudo Saúde em Braga, 2008-2009.					
Características	Total		Pior*	Melhor**	Valor-p [#]
	n	%	%	%	
Estilos de vida					
Consome fruta menos de 5 vezes por semana	660	63,4	78,2	61,5	<0,001
Realiza desjejum raramente	122	11,7	21,0	10,5	0,001
Atividade física					<0,001
Ativo	515	49,4	34,2	51,4	
Insuficientemente ativo I e II	430	41,2	48,3	40,3	
Inativo	98	9,4	17,5	8,3	
Assiste televisão					
Não assiste/1 hora ou menos por dia	271	26,3	21,0	27,0	0,365
2 horas por dia	170	16,5	16,8	16,4	
3 horas ou mais por dia	590	57,2	62,2	56,6	
Joga vídeo game ou fica no computador					
Não/1 hora ou menos por dia	547	52,9	53,8	52,7	0,438
2 horas por dia	152	14,6	10,9	15,8	
3 horas ou mais por dia	336	32,5	35,3	32,1	
Comportamento de Risco					
Consumiu bebidas alcoólicas na vida	355	58,9	69,3	57,1	0,032
Já se embriagou mais de duas vezes	33	9,3	6,6	9,9	0,365
Consome bebida alcoólica atualmente	73	12,1	10,2	12,4	0,559
Alguma vez já fumou cigarros	94	15,6	28,4	13,4	<0,001
Fuma atualmente	20	3,3	4,5	3,1	0,486
Usou uma ou mais drogas ilícitas na vida	42	7,0	9,1	6,6	0,405
Já teve relações sexuais	174	28,9	35,2	27,8	0,150
Iniciação sexual precoce	81	47,6	41,9	48,9	0,481
Relação sexual com mais de 1 pessoa na vida	71	48,3	50,0	47,9	0,848
Não utilizou método anticoncepcional na última relação sexual	32	18,5	19,4	18,3	0,339
Envolvimento em brigas no último ano	79	13,2	26,4	10,9	<0,001
Vítima de bullying alguma vez na vida	159	26,5	36,8	24,8	0,016
Saúde Psicológica					
Mal-estar psicológico	47	4,5	13,3	3,4	<0,001
Nível negativo de satisfação com a vida	126	12,1	28,3	10,0	<0,001
Bem-estar pessoal					
Ótimo	716	69,3	55,0	71,1	<0,001
Médio	230	22,2	26,7	21,7	
Ruim	88	8,5	18,3	7,2	
Insatisfação corporal	813	79,5	87,3	78,5	0,032
Saúde Física					
Excesso de peso (sobrepeso + obesidade)	273	26,4	37,8	24,9	0,003
Utilização de serviço odontológico há 2 anos ou mais	230	22,3	31,4	21,1	0,012

* Pior auto-avaliação de saúde

** Melhor auto-avaliação de saúde

[#] Valor-p obtido por meio do teste qui-quadrado de Pearson

Tabela 3. Resultados da regressão logística multivariada para pior auto-avaliação de saúde entre adolescentes. Estudo Saúde em Beagá, 2008-2009.

Variáveis explicativas	Modelo Global Amostra total* (n = 974)	Nível socioeconômico		Faixa etária	
	OR (IC)	Baixo** (n = 421) OR (IC)	Alto*** (n = 581) OR (IC)	11 a 13 anos# (n = 425) OR (IC)	14 a 17 anos## (n = 571) OR (IC)
Sócio-demográficos					
Faixa etária					
11 a 13 anos	1	-	1	-	-
14 a 17 anos	1,71 (1,06-2,74)	-	2,27 (1,12-4,60)	-	-
Nível socioeconômico					
Alto (≥ 6 itens educacionais)	1	-	-	-	-
Baixo (< 6 itens educacionais)	1,68 (1,05-2,69)	-	-	-	-
Suporte social					
FAMÍLIA					
Estrutura familiar					
Tradicional	-	-	1	-	1
Recomposta			3,95 (1,67-9,36)		3,15 (1,40-7,08)
Monoparental			1,78 (0,85-3,76)		1,87 (1,01-3,46)
Brigas na família					
Não existem brigas	1	1	1	1	1
Briga pouco	2,53 (1,44-4,46)	2,24 (1,07-4,68)	1,89 (0,83 - 4,30)	3,98 (1,32-11,99)	1,79 (0,89-3,58)
Briga muito	9,13 (4,53-18,39)	5,93 (2,37-14,85)	8,06 (3,18-20,46)	6,03 (0,93-38,95)	6,78 (3,04-15,11)
Comem junto com os pais					
≥ 2 vezes/semana	-	-	1	-	-
< 2 vezes/semana			2,11 (1,10-4,04)		
ESCOLA					
Gosta da escola					
Sim	-	-	-	1	-
Não				6,54 (2,24-19,11)	
ENVOLVIMENTO SOCIAL					
Colegas prestativos e legais					
Sim	1	1	-	-	1
Não	2,21 (1,11-4,43)	2,18 (1,00-4,73)	-		4,05 (1,69-9,66)
Sente-se inseguro na vizinhança					
Não	-	-	-	-	1
Sim					1,91 (1,14-3,22)
Estilos de vida					
Consumem frutas					
≥ 5 vezes/semana	1	1	-	-	1
< 5 vezes/semana	1,78 (1,07-2,95)	2,01 (1,00-4,07)	-		1,92 (0,98-3,78)
Prática atividade física					
Ativo	1	1	-	-	-
Insuficientemente ativo	1,43 (0,89-2,30)	1,14 (0,59-2,21)	-		
Inativo	2,31 (1,15-4,69)	2,77 (1,18-6,50)			
Saúde física					
IMC					
Sem excesso de peso	1	1	1	-	1
Excesso de peso	2,42 (1,54-3,79)	1,94 (1,08-3,48)	2,35 (1,24-4,43)		2,13 (1,21-3,74)
Saúde psicológica					
Satisfação com a vida					
Nível positivo	1	1	-	-	1
Nível negativo	2,31 (1,34-3,98)	2,92 (1,53-5,54)			2,84 (1,44-5,59)
Bem-estar pessoal					
Ótimo	-	-	1	-	-
Médio			1,64 (0,77-3,49)		
Ruim			2,76 (1,06-7,15)		
Escala de faces					
Bem-estar psicológico	-	-	-	1	-
Mal-estar psicológico				5,34 (1,69-16,90)	
Comportamentos de risco					
Alguma vez já fumou					
Não	-	-	-	-	1
Sim					1,46 (1,01-2,10)
Valor-p*	0,7654	0,3854	0,0745	0,8291	0,1039

* As variáveis incluídas neste modelo foram aquelas cujo valor-p foi menor que 0,20 na análise bivariada apresentada nas tabelas 1 e 2.

** Baixo: < seis itens no domicílio. Variáveis incluídas: faixa etária, sexo, atraso escolar, interesse dos familiares pela vida escolar, relacionamento com os pais, conversa com os pais, brigas na família, colegas legais e prestativos, consumo de frutas, IMC, última visita ao dentista, gosta escola, satisfação corporal, satisfação com a vida, bem-estar pessoal.

*** Alto: $\geq$ seis itens no domicílio. Variáveis incluídas: faixa etária, atraso escolar, estrutura familiar, interesse dos familiares pela vida escolar, relacionamento com os pais, brigas na família, realiza refeições junto com os pais, participa de organizações voluntárias, sente-se inseguro na vizinhança, consumo de frutas, IMC, última visita ao dentista, gosta escola, satisfação corporal, satisfação com a vida, bem-estar pessoal.

Variáveis incluídas: tipo de escola, gostar da escola estrutura familiar, interesse dos familiares pela vida escolar, brigas na família, realiza refeições junto com os pais, conversam com os pais, itens educacionais no domicílio, sente-se inseguro na vizinhança, consumo de frutas, IMC, satisfação corporal, satisfação com a vida, bem-estar pessoal, apanhou dos pais alguma vez na vida.

Variáveis incluídas: sexo, atraso escolar, estrutura familiar, interesse dos familiares pela vida escolar, relacionamento com os pais, brigas na família, realiza refeições junto com os pais, conversam com os pais, colegas legais e prestativos, itens educacionais no domicílio, assiste TV, joga vídeo game, sente-se inseguro na vizinhança, consumo de frutas, IMC, última visita ao dentista, satisfação corporal, satisfação com a vida, bem-estar pessoal, consumo de bebida alcoólica e tabaco alguma vez na vida, já teve relação sexual, envolvimento em brigas, *bullying*, já teve relação sexual, agredido por um adulto nos últimos 30 dias.

& Teste de Hosmer e Lemeshow (ajuste do modelo)

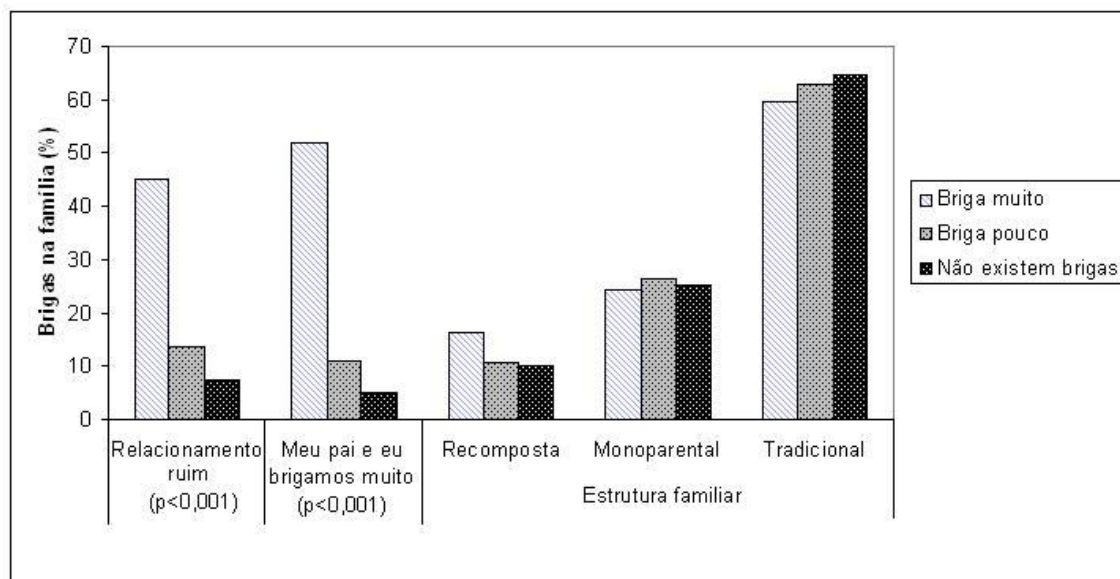


Figura 2. Presença de brigas na família segundo relacionamento com os pais, brigas com os pais e estrutura familiar. Estudo Saúde em Beagá, 2008-2009.

4 ARTIGO DE REVISÃO 2

O bem-estar da criança enquanto um cidadão de direitos: uma perspectiva contemporânea sob a ótica da saúde urbana

The well-being of children while Citizens: a contemporary debate from Urban Health perspective.

Adriana Lúcia Meireles^{1,2}, César Coelho Xavier^{2,3}, Zeina Soares Moulin⁴, Marcela Guimarães Cortes^{2,5}, Waleska Teixeira Caiaffa^{2,6}

¹ Mestranda do Programa de Pós-graduação em Saúde Pública/Faculdade de Medicina/UFMG

² Observatório de Saúde Urbana de Belo Horizonte

³ Professor associado do Departamento de Pediatria/Faculdade de Medicina/UFMG

⁴ Professora assistente do Departamento de Pediatria/Faculdade de Medicina/UFMG

⁵ Mestranda do Programa de Pós-graduação em Ciências da Saúde: Saúde da Criança e do Adolescente/Faculdade de Medicina/UFMG

⁶ Professora titular do Departamento de Medicina Preventiva e Social/Faculdade de Medicina/UFMG

*Artigo de revisão submetido ao Jornal de Pediatria

RESUMO

Objetivo: Discutir o bem-estar das crianças numa perspectiva multidimensional, com ênfase naquelas vivendo em centros urbanos. **Fontes dos dados:** Foram consultados artigos selecionados a partir da base de dados PubMed, publicações de instituições nacionais e internacionais, dissertações e teses. **Síntese dos dados:** O termo bem-estar, comumente utilizado e inconsistentemente definido, neste artigo é apresentado como um construto multidimensional e complexo, resultando da combinação de diversos indicadores. Nessa abordagem o bem-estar mimetiza no campo da pediatria a ótica da puericultura definida como a ciência que assegura o desenvolvimento físico e mental da criança da gestação à puberdade. Observou-se durante a revisão uma grande divergência em relação ao uso dos termos bem-estar e qualidade de vida. **Conclusão:** Do ponto de vista contemporâneo, a grande maioria das crianças estará vivendo em ambientes urbanos. Desafios importantes sobre o bem-estar, e como consequência a saúde, se colocam, principalmente frente às iniquidades intra-urbanas e seus desfechos em saúde, refletindo nos indicadores de saúde da população infanto-juvenil. Considerando o avanço da puericultura que deixa de se ocupar apenas com a prevenção de doenças e a mortalidade infantil, o bem-estar da criança se ocupa das diversas formas de pressão do ambiente, seja produzida pela família, escola, pares e, sobretudo pelo local onde a criança vive.

Palavras-chave: bem-estar da criança, qualidade de vida, saúde urbana, direitos da criança, puericultura, adolescente

ABSTRACT

Objective: To discuss possibilities of studying children's well-being from a multidimensional stand point, with an emphasis on those who live in urban centers. **Sources:** An extensive bibliographic research was carried out, as well as publications from national and international institutes, theses and dissertations. **Summary of findings:** Though inconsistently defined, the term "well-being" is often used, this paper taken as a multidimensional complex construct derived from the combination of several indicators. The proposed approach to well-being emulates, in pediatrics, concepts established in Child-care, defined as "the science that aims at assuring children's physical and mental health since conception till puberty". Moreover, wide divergences regarding the definition of the terms "well-being" and "quality of life" were observed. **Conclusion:** Contemporarily, the great majority of children will live in urban centers. Being so, important challenges will arise as a consequence of urban iniquities and their health outcomes, thus affecting children's population health indicators. Likewise Child-care no longer focuses only on the prevention of diseases and mortality. Children well-being nowadays are influenced by different forms of environmental impacts, resulted by the family, the school, the peers and, mostly, by the place where they live.

Key-words: child welfare, quality of life, urban health, children rights, well-child care, adolescent

A criança como um cidadão de direitos

A singularidade do direito reservado à infância nem sempre existiu. O sentimento de infância é um fenômeno histórico e somente passa a existir com a criação de um mundo das crianças distinto do mundo dos adultos¹. É preciso entender a construção social da infância e da adolescência para se reconhecer a importância de se estudar o bem-estar destes grupos etários.

Durante a Idade Média, as crianças eram consideradas “adultos em miniatura” e, até o século XVIII, não havia termos para diferenciar a infância, a adolescência e a juventude. Em francês, a palavra “*enfant*” representava crianças ou rapazes. O critério de dependência econômica era reconhecido para caracterizar a infância, em detrimento ao critério biológico: considerava-se adulto quem não dependesse dos pais².

Após os sete anos, a criança realizava atividades do mundo dos adultos, seja como aprendiz de mestres ou pela possibilidade de ingressar nos exércitos. Além disso, o processo educacional nos colégios não incluía as crianças do sexo feminino. Segundo Ariès (1981)² as meninas aos 12 e 13 anos eram casadas exercendo o papel de esposa e interpretando o seu papel social. A condição histórica da criança evolui, uma vez que na Idade Média a criança não significava muito para seus pais, passando a ser mimada e paparicada, estando na condição de “reizinho do lar” com a evolução da sociedade burguesa³.

No Brasil, segundo Moncorvo Filho (1927)⁴ *apud* Pereira (2009)⁵, a história dos direitos das crianças se divide em três períodos, sendo o primeiro (1500 a 1874) caracterizado pelo abandono das crianças por parte das autoridades públicas, e pelo amparo por parte da Igreja Católica através de instituições como as Santas Casas de Misericórdia. No segundo período, de 1874 a 1889, a criança passa a ser melhor cuidada com a fundação da pediatria como especialidade médica e no terceiro período (1889 a 1922) a criança começa a ser reconhecida como fator social e medidas protetoras se tornam oficiais⁵.

Portanto, no Brasil e no mundo, a especificidade da criança e a necessidade de formular seus direitos são descobertas no século XX, muito em função dos avanços da medicina, das ciências jurídicas, pedagógicas e psicológicas⁶, como exemplo, a criação da Sociedade Brasileira de Pediatria em 1910. Foi nesse século que a criança começou a ter lugar nas leis e códigos⁷, a ser entendida como um sujeito de direitos e a ter uma atenção à saúde voltada para o seu desenvolvimento físico e mental, através da institucionalização da puericultura⁸.

As primeiras leis de proteção à infância foram promulgadas em 1923 por uma organização não-governamental, a International Union for Children Welfare, que estabeleceu os princípios dos direitos da criança. O documento elaborado foi incorporado na primeira Declaração dos Direitos da Criança de 1924, em Genebra, pela Liga das Nações. Contudo, essa declaração não teve o impacto necessário em âmbito internacional^{6,9}. Já no Brasil, a primeira lei que foca a criança foi promulgada em 1891, proibindo o trabalho infantil e determinando a idade mínima de 12 anos para o trabalho.

Em 1946, a Organização das Nações Unidas cria o Fundo das Nações Unidas para a Infância, o UNICEF, com o objetivo de socorrer as crianças vítimas da segunda guerra mundial. Em 1953 torna-se um órgão permanente das Nações Unidas e atualmente é considerado uma das principais instituições na luta pela defesa e garantia dos direitos da criança^{6,10}.

Em 20 de novembro de 1959, foi aprovada e proclamada, na Assembléia Geral das Nações Unidas, a Declaração Universal dos Direitos da Criança, que define criança como todo ser humano com menos de dezoito anos de idade - a não ser que, em conformidade com a lei aplicável, a maioridade seja alcançada antes - e a considera prioridade absoluta e sujeito de Direito. A Declaração destaca a importância deste grupo de indivíduos crescer num ambiente familiar feliz e carinhoso, tendo direito à segurança social, à proteção contra a violência e exploração, ao máximo possível de cuidados de saúde, a serviços sociais e a um acesso equitativo a oportunidades educativas¹¹.

Especificamente no Brasil, a Constituição Federal de 1988¹², conhecida como a Constituição cidadã, defende os direitos da criança e, no seu Art. 227, afirma: “É dever da família, da sociedade e do Estado assegurar à criança e ao adolescente, com absoluta prioridade, o direito à vida, à saúde, à alimentação, à educação, ao lazer, à profissionalização, à cultura, à dignidade, ao respeito, à liberdade e à convivência familiar e comunitária, além de colocá-los a salvo de toda forma de negligência, discriminação, exploração, violência, crueldade e opressão”.

Além do UNICEF e da Constituição de 1988, outro marco para os direitos da criança e do adolescente no país foi a elaboração do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) de 1990, que assegura à criança todos os direitos fundamentais inerentes à pessoa humana¹². O ECA distingue criança de adolescente e define como criança a pessoa até doze anos incompletos e adolescente, o indivíduo com 12 a 18 anos de idade¹³.

Em 1989, a Convenção sobre os Direitos da Criança foi adotada por unanimidade pela Assembléia Geral das Nações Unidas e até 1996 foi acordada por praticamente todos os países, inclusive o Brasil através do decreto Nº 99.710 de 21 de setembro de 1990. Embora tenha um estatuto universal, a Convenção reconhece que os direitos econômicos, sociais e culturais da criança deverão ser realizados progressivamente, tendo em conta o contexto específico de cada país. Os direitos em “*um nível de vida adequado*” (artigo 27º) ou a “*gozar do melhor estado de saúde possível*” (artigo 24º), por exemplo, exigem definições nacionais e dependem dos recursos e compromissos da sociedade em que a criança vive. A Convenção adota a definição de criança da Declaração Universal dos Direitos da Criança¹⁴. E neste artigo, também consideramos crianças os indivíduos menores de 18 anos.

Diante do exposto, percebe-se que há leis e órgãos que defendem e garantem os direitos infantis. Entretanto é necessário conhecer a realidade das crianças e adolescentes brasileiros, principalmente aqueles que vivem em grandes centros urbanos.

Saúde das crianças em um grande centro urbano

A população urbana brasileira em 2000 atingiu 138 milhões de pessoas, ultrapassando dois terços da população total, o que torna o Brasil um país eminentemente urbano, seguindo a tendência mundial de urbanização. Em 1991, 75,6% da população brasileira moravam em zonas urbanas, quando comparado a 81,2% em 2000¹⁵.

Em decorrência da influência da dinâmica das cidades contemporâneas, surge o conceito de saúde urbana, que incorpora o cotidiano dos indivíduos vivendo nas cidades, sob a ótica ampliada de que, o estudo individualizado dos fatores determinantes da saúde e suas conseqüências não pode ignorar as relações de interdependência que existem entre o indivíduo e o meio físico, social e político onde ele vive e se insere¹⁶⁻¹⁹.

Em se tratando das crianças, as transformações ocorridas na sociedade contemporânea diminuíram o tempo e o espaço para elas brincarem, uma vez que os quintais praticamente desapareceram, surgindo os *playgrounds* e as garagens dos prédios. A rua, antes espaço de brincadeira, atualmente, é um local basicamente de circulação de pessoas e de veículos; e para crianças em “situação de risco social”, as ruas são o seu local de moradia e de trabalho²⁰. O Ministério do Trabalho e Emprego também reforça a importância do brincar para as crianças,

quando afirma que “na infância, o brincar desempenha um papel muito maior do que proporcionar diversão e prazer, fornecendo a oportunidade para que a criança entenda e assimile os mais diversos modelos e conteúdos das relações afetivas e cognitivas”²¹.

A urbanização está associada à mudança no estilo de vida das pessoas. Com as maiores opções de transportes públicos e mudanças nas atividades de lazer com incorporação de novas tecnologias têm-se o aumento do sedentarismo. A alimentação também é afetada pela urbanização, pois frente à falta de tempo e às inúmeras opções de alimentos, os moradores dos grandes centros urbanos optam por alimentos mais rápidos e menos saudáveis. Enquanto as mudanças no trabalho afetam basicamente os adultos, a tecnologia, os transportes e o lazer afetam também as crianças e, mundialmente podem ser responsáveis, em grande parte, pelo crescimento da obesidade infantil²².

A presente pressão a que as crianças estão submetidas, em função de uma série de atividades, principalmente em ambiente urbano favorecido economicamente, como aulas de línguas estrangeiras e práticas esportivas, diminuiu o tempo para o desenvolvimento de atividades típicas desta idade²⁰.

A urbanização também influencia a ocorrência do trabalho infantil, que predominava, anteriormente, no meio rural, hoje é mais freqüente no meio urbano carente economicamente²³. Segundo o Ministério do Trabalho e Emprego²¹, metade das crianças e adolescentes de 5 a 15 anos que trabalhavam em 2002 residia na área urbana (50,2%), enquanto que a outra metade residia na área rural (49,8%). O perfil do trabalho infantil se altera em centros urbanos, predominando empregos informais, trabalho infantil doméstico, trabalho nas ruas, ou o aliciamento de crianças para o roubo e para o tráfico de drogas, no lugar de atividades predominantemente agrícolas e características das áreas rurais²⁴.

Aliado a esses fatores, o modelo materno de criação dos filhos também sofreu mudanças nos últimos anos, independente da classe econômica da família. A participação da mulher no mercado de trabalho é maior em grandes centros urbanos, o que a obriga a dividir seu tempo entre a necessidade de geração de renda e o cuidado com os filhos e a casa²⁰.

Portanto, o crescimento acelerado das cidades trouxe transformações relevantes ao mundo das crianças, afetando seu estilo de vida e bem-estar.

Definindo bem-estar

O bem-estar é um construto multidimensional e complexo²⁵. Através de uma revisão sistemática da literatura realizada por Pollard & Lee (2003)²⁶, pode-se perceber que o termo bem-estar é comumente utilizado, mas inconsistentemente definido, sendo estudado por várias disciplinas/ciências em diferentes grupos de idade, culturas e países.

As raízes do termo bem-estar remontam do século XVIII e nasceram da indignação da sociedade em promover aos cidadãos a satisfação das necessidades para uma vida adequada, centralizando como valores o desenvolvimento pessoal e a felicidade. No século XX, o bem-estar associa-se aos estudos da economia, através do termo *welfare*, caracterizado como rendimento econômico²⁷. O trabalho de Wilson (1967)²⁸ marca o nascimento do uso do termo para expressar os conceitos de satisfação com a vida e de felicidade como componentes do bem-estar subjetivo.

As mudanças conceituais ocorreram através de estudos empíricos e do desenvolvimento de diversas formas de mensuração, tais como as escalas. Entretanto, todo este movimento investigativo era centrado em indivíduos adultos. Neste momento, observa-se uma forte interseção entre os conceitos bem-estar e qualidade de vida que, em alguns momentos, assumem posições isoladas e, em outros, são tratados como sinônimos ou de forma integrada.

Na literatura há grande divergência em relação à definição dos termos bem-estar, qualidade de vida, felicidade e satisfação com a vida^{27,29-31}. Em se tratando de qualidade de vida, a OMS criou um grupo, em 1994, que definiu este construto como "a percepção do indivíduo de sua posição na vida no contexto da cultura e sistema de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações"³². Wallander (2001)³³ define qualidade de vida como a combinação do bem-estar objetivo e subjetivo, através de vários domínios de vida considerados importantes do ponto de vista contemporâneo e cultural, mantendo os padrões universais de direitos humanos.

Em se tratando do bem-estar infantil, as controvérsias continuam na literatura quanto aos termos bem-estar infantil e qualidade de vida, como veremos seguir.

Bem-estar versus qualidade de vida

Por não ser possível falar em bem-estar sem citar qualidade de vida, fizemos uma breve busca no PubMed, com cerca de 3.800 revistas científicas na área médica, para verificar a número de publicações que utilizam os termos bem-estar e qualidade de vida.

Para a análise das publicações sobre bem-estar, foi realizada pesquisa pelo termo “*well being*” no título, além de excluir termos no título e resumo referentes a doenças e tratamentos (“*disease*”, “*disorder*”, “*treatment*”, “*surgery*” e “*therapy*”). Em uma primeira etapa, limitou-se a pesquisa a estudos envolvendo seres humanos e, em seguida, a estudos envolvendo crianças de 0 a 18 anos. As primeiras publicações foram observadas na década de 60, quando foram publicados 14 artigos sobre bem-estar e 3 especificamente sobre o bem-estar de crianças, correspondendo a uma taxa de 0,86 e 0,18 por 100.000 publicações indexadas, respectivamente. Na década de setenta, o número aumentou para 89 na população em geral e 19 em crianças, passando respectivamente para 401 e 57 nos anos oitenta, 760 e 185 na década de noventa e 1675 e 528 na última década, chegando a uma taxa de 26,33 e 8,30 por 100.000 publicações. Para calcular as taxas, foi utilizado como denominador o total de publicações indexadas no PubMed em cada década, sem qualquer limite de pesquisa. Observa-se que a produção de artigos sobre o bem-estar de crianças (0 a 18 anos) ainda é muito escassa, o que ressalta a importância de um enfoque mais direcionado a este tema (Figura 1).

Para a análise das publicações sobre qualidade de vida, foi realizada pesquisa pelo termo “*quality of life*” no título, excluindo-se termos, no título e resumo, referentes a doenças e tratamentos (“*disease*”, “*disorder*”, “*treatment*”, “*surgery*” e “*therapy*”), além do termo “*health-related quality of life*”, o qual se refere à qualidade vida em doenças³³. Assim, como na pesquisa sobre bem-estar, as primeiras publicações surgiram na década de sessenta, embora com apenas dois artigos indexados. Na década de setenta, as publicações sobre qualidade de vida superaram as publicações sobre bem-estar, chegando a 110 artigos em geral e 16 envolvendo crianças, com taxas de 4,52 e 0,66 por 100.000 publicações, respectivamente. Nos anos oitenta, o número total de artigos aumentou respectivamente para 502 e 73, passando para 2081 e 270 na década de noventa, e chegando a 4221 e 887 na última década, a taxas de 66,36 e 13,95. A discrepância entre o número de pesquisas que envolvem a

população geral e pesquisas que avaliam crianças é ainda maior no que diz respeito à qualidade de vida, quando comparada às publicações sobre bem-estar (Figura 2).

Ao compararmos as publicações sobre bem-estar e qualidade de vida, observou-se um número bem maior de publicações com o termo qualidade de vida na população em geral, principalmente na última década. Quanto à diferença entre pesquisas envolvendo crianças, percebe-se que a diferença é menor, embora as publicações sejam escassas tanto sobre bem-estar quanto sobre qualidade de vida.

Cabe ressaltar que, apesar dos limites da pesquisa, ainda foram encontrados artigos com enfoque em doenças, principalmente nas pesquisas utilizando-se o termo “*quality of life*”. Outra questão importante é que vários dos artigos encontrados na pesquisa com o termo “*well being*” referem-se a estudos envolvendo alguma dimensão específica do bem-estar, não o considerando de forma global.

Considerando o acima exposto, este artigo de revisão tem como objetivo discutir conceitualmente possibilidades para se estudar o bem-estar das crianças numa perspectiva multidimensional, com ênfase naquelas vivendo em centros urbanos. Para tanto, o levantamento de conceitos e da situação dos estudos sobre o tema foi conduzido utilizando-se publicações específicas, não resultando em revisão exaustiva da literatura, mas sim na combinação de informações de múltiplas fontes, como relatórios governamentais que trabalham dados administrativos e artigos científicos.

Bem-estar das crianças: uma breve revisão dos estudos contemporâneos

A abordagem que se propõe do bem-estar mimetiza, no campo da pediatria, a ótica da puericultura definida como a ciência que assegura o desenvolvimento físico e mental da criança da gestação à puberdade, se estendendo até o final da adolescência como recomenda a Sociedade Brasileira de Pediatria³⁴. Portanto, a puericultura enfatiza que a atenção integral à saúde da criança baseia-se em domínios biológicos, psicológicos e sociais, coincidindo com uma definição de bem-estar multidimensional⁸. Com isso, podemos traçar um paralelo entre a história da puericultura e os recentes conceitos introduzidos na literatura do bem-estar, quer como um avanço das políticas públicas voltadas para as crianças quer como um avanço

científico como atesta a relativa produção dos relatórios institucionais apresentados a seguir, entre eles o da principal agência focada nos direitos da criança, UNICEF³⁵⁻³⁹.

Segundo Van der Gaag and Dukerlberg, 2004⁴⁰, o bem-estar infantil é um termo abrangente que engloba todos os aspectos da vida de uma criança, isto é, o bem-estar físico, mental, social, emocional e econômico. Este termo tem sido utilizado principalmente em estudos de criação de índices para avaliar o estado de saúde da população menor de 18 anos. Recentemente, instituições governamentais e não-governamentais de países desenvolvidos, como Austrália, Canadá, Reino Unido e Estados Unidos, coletam informações de crianças para a construção de índices de bem-estar infantis e os publicam periodicamente em relatórios com o objetivo de monitorar o perfil e a condição de vida das crianças. Porém, a maioria dos relatórios ainda é fragmentada e poucos países produzem um relatório global abrangente, em função da complexidade e estrutura institucional exigida. Além disso, o foco e conteúdo desses documentos variam muito; alguns são centrados em apenas um domínio ou em um grupo específico, como crianças em situação de risco ou discriminadas.

Os indicadores mais usados nestes relatórios representam três dimensões tradicionais, sendo eles: taxas de mortalidade infantil, representando a dimensão saúde; proporção de matrículas na educação básica, representando a dimensão educação; e Produto Interno Bruto (PIB), representando a dimensão econômica. No entanto, como as dimensões, os indicadores podem variar dependendo do escopo da avaliação (nível nacional ou local) e do contexto específico (regiões mais ou menos desenvolvidas)⁴⁰. Essas tentativas de se medir o bem-estar de crianças incorporam não apenas indicadores macroeconômicos, mas indicadores que se relacionam com o ambiente imediato da criança como características da estrutura familiar e da vizinhança. Por exemplo, o *America's Children Report 2009*³⁹ refere-se às dimensões que envolvem o ambiente social e a família.

Historicamente, muitas nações acreditavam medir o bem-estar dos seus moradores através de medidas como o Produto Interno Bruto (PIB). Entretanto, atualmente essa prática tem sido questionada e, conseqüentemente, uma série de abordagens que utilizam indicadores sociais, índices de qualidade de vida e índices de desenvolvimento humano surgiram. Há diferentes opiniões sobre a seleção destes indicadores para medir o bem-estar humano⁴¹. Recentemente, o presidente da França, Nicolas Sarkozy, apresentou o relatório produzido por uma comissão de pesquisadores que discutiram indicadores que melhor retratam o bem-estar da população

do seu país, acreditando que apenas o PIB não é suficiente para mensurar este construto, enfatizando a importância de se utilizar medidas abrangentes e multidimensionais^{42,43}.

O índice mais frequentemente utilizado para medir a qualidade de vida das nações é o índice de qualidade de vida física (Physical Quality of Life Index - PQLI) criado por Morris em 1979, composto por três variáveis: taxa de mortalidade infantil, taxa de alfabetização de adultos e a esperança de vida ao nascer. Uma outra medida que reconhece a importância dos indicadores de saúde e educação é o Índice de Desenvolvimento Humano (IDH), apresentado treze anos após a PQLI no Relatório de Desenvolvimento Humano das Nações Unidas, em 1990. Este relatório propõe como base do IDH três indicadores: esperança de vida, alfabetização e PIB per capita⁴⁰.

Uma medida bem mais completa e direcionada para as crianças é o Índice de Bem-Estar da Criança ("Children Well-Being Index" - CWBI) desenvolvido por Land *et al* em 2003³⁶, cujo objetivo é medir tendências ao longo do tempo das condições de vida de crianças nos Estados Unidos desde 1990. São 28 indicadores sociais distribuídos em sete domínios: bem-estar material; saúde; segurança/preocupações comportamentais; atividade produtiva (que mede o nível educacional); local na comunidade (que mede a participação em instituição de ensino ou de trabalho); relações sociais e bem-estar emocional.

O Bem-estar da criança: domínios e indicadores

Vimos que um único domínio não é capaz de abarcar toda a complexidade que o conceito de bem-estar envolve, como atestado pela extensa lista de estudos e relatórios que monitoram o bem-estar em todo o mundo³⁵⁻³⁹. Ao longo destes estudos, o bem-estar é apresentado como um conceito que pode ser avaliado através de múltiplas dimensões e domínios, resultado da combinação de diversos indicadores. Em função da finalidade dos relatórios e artigos, determinadas dimensões e indicadores são priorizados ou enfatizados em detrimento de outros. Decorrem, muitas vezes, dos diferentes estágios de desenvolvimento humano do contexto ou país em que o estudo se insere. As nações em desenvolvimento ainda precisam avaliar a sobrevivência da criança, enquanto as desenvolvidas podem ir para além da sobrevivência, relacionadas a questões mais amplas das crianças⁴⁰.

Segundo Ben-Arieh *et al* (2001)³⁵, indicadores do bem-estar têm sido utilizados cada vez mais freqüentemente em muitos países europeus e norte-americanos, como importante ferramenta para medir e monitorar este construto. Esses autores trabalham com cinco domínios do bem-estar, sugerindo uma lista de 50 indicadores, que abrangem quase todas as áreas que afetam diretamente as crianças.

Portanto, as definições e estudos de bem-estar infantil passaram por uma evolução e quatro grandes mudanças ocorreram, em nível internacional, na mensuração desse construto. Primeiro, há uma tendência de substituição dos indicadores que medem sobrevivência por outros que buscam realmente medidas de bem-estar. Com isso, medidas como taxa de imunização infantil e escolarização, embora importantes, tornaram-se insuficientes para medir a qualidade de vida das crianças no mundo atual. Segundo, indicadores positivos complementam os indicadores tradicionais centrados nas deficiências ou insuficiências. Terceiro, estudos recentes enfatizam a preocupação com a condição da criança no presente e não mais, com a preparação da criança para uma vida adulta produtiva e feliz. E finalmente, recomendam a necessidade de se medir novos domínios, como o lazer e a influência do contexto³⁵.

Assim, os indicadores utilizados para avaliar as diferentes dimensões evoluíram e a unidade de análise passou a ser a criança. Van der Gaag and Dukerlberg (2004)⁴⁰ cita como exemplo:

"A taxa de desemprego é uma medida padrão da fragilidade de um país em relação ao mercado de trabalho. Mas, um indicador de maior relevância para o bem-estar infantil é a proporção de crianças que vivem em agregados familiares onde nenhum adulto trabalha".

Os indicadores tendem a ser, cada vez mais, sensíveis às fases de desenvolvimento da criança, além da compreensão de que aqueles que podem ser relevantes em uma idade podem não ser apropriados para outra, refletindo as necessidades, desafios e realizações de cada estágio de desenvolvimento⁴⁴. Toda essa tendência exige que estudos incluam indicadores que representem fases distintas como adolescência, período escolar e pré-escolar.

Bem-estar da criança na perspectiva do UNICEF

O UNICEF, principal organização internacional focada no acompanhamento de crianças, apresenta uma longa tradição no monitoramento do bem-estar da criança em todo o mundo. O conhecido relatório do UNICEF intitulado “*The State of the World’s Children*” utiliza dados de pesquisas de várias regiões do mundo e compila esses dados em um documento anual, que revisa indicadores básicos de sobrevivência e desenvolvimento das crianças. Esse relatório classifica os países com base na redução das taxas de mortalidade em crianças menores de cinco anos. Além desta taxa, o documento apresenta uma série de indicadores econômicos e sociais, como despesa pública em saúde e educação, HIV/AIDS, entre outros. Porém, nem todos os indicadores utilizados no relatório são centrados na criança em função da utilização de dados secundários⁴⁵.

Em 2007, o UNICEF publicou um relatório chamado “*Child poverty in perspective: An overview of child well-being in rich countries*” que apresenta uma visão global do bem-estar das crianças nas economias mais avançadas do mundo, através de um estudo ecológico, constituindo a primeira avaliação abrangente sobre o tema. O documento, produzido pelo Centro de Pesquisa Innocenti em Florença, baseia-se em inquéritos realizados nos 21 países da Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OCDE) e avalia o bem-estar da criança através de seis dimensões: bem-estar material; saúde e segurança; educação; relacionamento com a família e com outros da mesma idade; comportamentos e riscos; e bem-estar subjetivo. O relatório representa um significativo avanço face a qualquer avaliação internacional do bem-estar geral das crianças, pois aborda o tema em uma perspectiva multidimensional a fim de melhorar a compreensão, monitoramento e eficácia das políticas³⁸.

Pickett e Wilkinson (2007)⁴⁶ fizeram uma análise profunda dos dados apresentados pelo UNICEF no relatório de 2007 e mostram que o índice geral de bem-estar e vários dos seus domínios, incluindo a saúde, não estão relacionados com a renda média, mas com a iniquidade social (*income inequality*). O relatório mostra um paradoxo, onde o aumento da riqueza dos países não necessariamente foi acompanhado por uma melhoria global da saúde e do bem-estar da criança⁴⁶, indicando que as iniquidades sociais influenciam o bem-estar das crianças nos países desenvolvidos. E frente a isso, a vida destes indivíduos precisa ser considerada em sua totalidade, para que possamos conhecer o verdadeiro impacto das desigualdades sociais na saúde⁴⁷.

Outras organizações internacionais e não-governamentais, como a Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura (UNESCO) ou a Organização Internacional do Trabalho (OIT), regularmente monitoram a condição das crianças. Porém, são limitados por uma perspectiva setorial (educação ou trabalho) ou centrados em uma faixa etária específica⁴⁰. Recentemente, os Objetivos de Desenvolvimento do Milênio⁴⁸ estão diretamente relacionados ao bem-estar das crianças, entre eles: acabar com a fome e a miséria; educação básica para todos; igualdade entre sexos; reduzir a mortalidade infantil; melhorar a saúde materna; combater o HIV/AIDS, malária e outras doenças.

Na tabela 1 são apresentados alguns índices desenvolvidos para monitorar o bem-estar das crianças e seus domínios.

Perspectivas, oportunidades e desafios

Os estudos sobre o bem-estar das crianças apresentam grandes limitações, devido não só a complexidade do construto, como a disponibilidade de dados comparáveis dentro e entre países e nações. Notadamente, a grande heterogeneidade entre definições e domínios utilizados para caracterizar o construto torna complexo a comparação de resultados entre diversos estudos, dificultando a construção de um modelo teórico único. Além disso, a maioria dos indicadores representa simples descrições estatísticas das condições das crianças no nível agregado o que impossibilita estudos mais aprofundados. E, por fim, deve-se considerar que o bem-estar é influenciado não apenas por atributos individuais, mas também por fatores contextuais como características da família, vizinhança, país e estágio de desenvolvimento³⁵.

Em função das limitações acima e da ausência de estudos sistematizados sobre o bem-estar da criança no Brasil, torna-se necessário pensar no bem-estar das crianças, através da construção de modelos conceituais integrando os fatores individuais e contextuais, em que se agreguem as reais condições das crianças, urbanas e rurais, particularmente como indivíduos, como resultantes/integrantes de um grupo familiar e, sobretudo, de uma sociedade onde estão inseridas e expostas com vantagens e desvantagens intrínsecas ou peculiares para o seu bem-estar.

Do ponto de vista mais contemporâneo e, pensando que, assim como os adultos, a grande maioria das crianças também se concentrará em ambientes urbanos, desafios importantes sobre o bem-estar, e consequentemente a saúde, se colocam, principalmente frente às iniquidades intra-urbanas e seus desfechos em saúde, refletindo obviamente nos indicadores de saúde da população infanto-juvenil. Esse tema está sendo discutido na agenda internacional, porém ainda focado no bem-estar dos adultos, como pode ser observado no editorial do mês de janeiro de 2010 da Science^{49,50}.

Assim como a puericultura amplia sua ação oferecendo uma vigilância e acompanhamento do desenvolvimento da criança em todos os aspectos, inclusive os psicológicos, em vez da tradicional prevenção de doenças e mortalidade infantil⁸, o entendimento do bem-estar se amplia. Ocupa-se das exposições e diversas formas de influência do ambiente, seja ele familiar, escolar, resultado das relações com os pares e, sobretudo, do local onde a criança vive. Isso leva a uma nova ordem de convocação da pediatria contemporânea ao se pensar na saúde da criança vivendo em um ambiente urbano e propondo um avanço do termo “*well-child care*” para “*child well-being*”.

Desta maneira, considera-se importante apresentar uma abordagem que aproxime o pediatra das discussões sobre o bem-estar, fundamentadas sob a ótica da saúde urbana, permitindo maiores reflexões sobre uma prática em permanente reconstrução e de forma mais contemporânea.

Agradecimentos

Este trabalho foi desenvolvido a partir dos projetos “Avaliação do bem-estar dos adolescentes residentes em dois distritos sanitários de Belo Horizonte-MG”, financiado pela FAPEMIG Processo APQ-00975-08; e, “Bem-estar e percepção da imagem corporal em adolescentes de 11 a 17 anos, Belo Horizonte, MG”, financiado pelo CNPq Processo 479392/2008-0. WT Caiaffa é Bolsista de Produtividade em Pesquisa do CNPq - Nível 1B e AL Meireles é bolsista de mestrado CAPES.

Referências bibliográficas

1. Segundo R. A invenção da infância: pressuposto para a compreensão do Direito da Criança e do Adolescente. Jus Navigandi. 2003;8(178). <http://jus2.uol.com.br/doutrina/texto.asp?id=4542>. Acesso: 03/11/09.
2. Ariès P. História social da criança e da família. 2a ed. Rio de Janeiro: Guanabara; 1981.
3. Del Priore M, organizador. História das crianças no Brasil. 6a ed. São Paulo: Contexto, 2007. p. 10.
4. Moncorvo Filho A. Historico da protecção à infância no Brasil 1500-1922. Rio de Janeiro: Empreza Graphica Editora; 1927. p. 230.
5. Pereira JS. História da pediatria no Brasil de final do século XIX a meados do século XX [tese]. Belo Horizonte: Universidade Federal de Minas Gerais, Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas; 2009.
6. Marcílio ML. A lenta construção dos direitos da criança brasileira - Século XX. Revista USP (Dossiê Direitos Humanos no Limiar do Século XXI). 1998;37:46 –57. <http://www.direitoshumanos.usp.br/index.php/Revista-USP-Dossiê-Direitos-Humanos-no-Limiar-do-séc.-XX/a-lenta-construcao-dos-direitos-da-crianca-brasileira-seculo-xx.html> Acesso em: 11/02/2010.
7. Gomes ILV, Caetano R, Jorge MS. A criança e seus direitos na família e na sociedade: uma cartografia das leis e resoluções. Rev Bras Enferm. 2008;61(1):61-5.
8. Bonilha LRCM, Rivorêdo CRSF. Puericultura: duas concepções distintas. J Pediatr (Rio J). 2005;81:7-13.
9. Souza SAGP. A declaração dos direitos da criança e a convenção sobre os direitos da criança. Direitos humanos a proteger em um mundo em guerra. Jus Navigandi. 2002;6(53). <http://jus2.uol.com.br/doutrina/texto.asp?id=2568>. Acesso: 30/10/08.
10. Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF). About UNICEF: Who we are. Our history, 2008. http://www.unicef.org/about/who/index_history.html. Acesso: 01/11/08.
11. Assembléia das Nações Unidas. Declaração dos direitos da criança, de 20 de novembro de 1959. <http://www.culturabrasil.pro.br/zip/direitosdacrianca.pdf>. Acesso: 03/11/09.
12. BRASIL. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília: Senado Federal; 1988.
13. BRASIL. Lei n. 8069, de 13 de julho de 1990. Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA). Diário Oficial da União 16 jul 1990.
14. BRASIL. Decreto n.º 90.710, de 21 de novembro de 1990. Aprova a Convenção sobre os Direitos da Criança. Diário Oficial da União 22 nov 1990. <http://www2.mre.gov.br/dai/crianca.htm>. Acesso: 07/12/09

15. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Censo Demográfico 2000. <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2000/>. Acesso: 26/09/07.
16. Vlahov D, Galea S, Freudenberg N. Toward an urban health advantage. *J Public Health Manag Pract*. 2005;11(3):256-8.
17. Caiaffa WT, Ferreira FR, Ferreira AD, Oliveira CL, Camargos VP, Proietti FA. Saúde urbana: "a cidade é uma estranha senhora, que hoje sorri e amanhã te devora". *Ciênc Saúde Coletiva*. 2008;13(6):1785-96.
18. Proietti FA, Caiaffa WT. Editorial Forum de Saúde Urbana: What is urban health? *Cad Saúde Pública*. 2005;21(3):940-1.
19. Vlahov D, Galea S. Urban health: a new discipline. *Lancet*. 2003;362(9390):1091-2.
20. Carvalho A, Salles F, Guimarães M, Debortoli JA, organizadores. *Brincar(es)*. Belo Horizonte: UFMG; 2005.
21. BRASIL. Ministério do Trabalho e Emprego. Mapa de Indicativos do Trabalho da Criança e do Adolescente. Brasília, 2005. 309 p.
22. Ruel MT, Haddad L, Garrett JL. Some urban facts of life: implications for research and policy. *World Development*. 1999; 27(11):1917-38.
23. Diniz MS. A prática do trabalho infantil entre os beneficiários do programa bolsa-escola Belo Horizonte: um estudo sobre os determinantes sócio-demográficos [dissertação]. Belo Horizonte: Universidade Federal de Minas Gerais, Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública; 2008.
24. Kassouf AL, coordenadora. O Perfil do trabalho infantil no Brasil, por regiões e ramos de atividade. Brasília: OIT, 2004. 92 p.
25. Bradshaw J, Hoelscher P, Richardson D. An index of child well-being in the European Union. *Soc Indic Res*. 2007;80(1):133-77.
26. Pollard EL, Lee PD. Child Well-being: A Systematic Review of the Literature. *Soc Indic Res*. 2003;61(1):59-78.
27. Galinha I, Ribeiro JLP. História e evolução do conceito de bem-estar subjectivo. *Psicologia, Saúde e Doenças*. 2005;6(2):203-14. <http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/pdf/362/36260208.pdf>. Acesso: 08/01/10.
28. Wilson W. (1967). Correlates of avowed happiness. *Psychological Bulletin*. 1967;67:294-306.
29. Diener E. Assessing subjective well-being: progress and opportunities. *Soc Indic Res*. 1994;31(2):103-57.

30. Veenhoven R. The four qualities of life: Ordering concepts and measures of the good life. *J Happiness Stud.* 2000;1:1-39.
31. Veenhoven R. Happiness. *Psychologist.* 2003; 16(3):128-9. <http://www2.eur.nl/fsw/research/veenhoven/Pub2000s/2003d-full.pdf>. Acesso: 07/12/09.
32. The WHOQOL Group. Development of the WHOQOL: Rationale and current status. *Int J Ment Health.* 1994;23(3):24-56.
33. Wallander JL, Schmitt M, Koot HM. Quality of Life Measurement in Children and Adolescents: Issues, Instruments, and Applications. *J Clin Psychol.* 2001;57(4):571-85.
34. Blank D. A puericultura hoje: um enfoque apoiado em evidências. *J Pediatr (Rio J).* 2003;79(Supl.1):13-22.
35. Ben-Arieh A, Kaufman NH, Andrews AB, George RM, Lee BJ, Aber LJ. Measuring and Monitoring Children's Well-Being. *Social Indicators Research Series v.7.* Dordrecht (Holanda): Kluwer Academic Publishers; 2001.
36. Land KC, Lamb VL, Mustillo SK. Child and youth well-being in the United States, 1975–1998: some findings from a new index. *Soc Indic Res.* 2001;56(3):241–318.
37. Bradshaw J, Hoelscher P, Richardson D. Comparing child well-being in OECD countries: concepts and methods - Innocenti Working Paper No. 2006-03. Florence: UNICEF Innocenti Research Centre; 2007. <http://www.unicef-irc.org/cgi-bin/unicef/Lunga.sql?ProductID=464>. Acesso: 08/09/07.
38. Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF). Child poverty in perspective: An overview of child well-being in rich countries - Report Card nº 7. Florence: UNICEF Innocenti Research Centre; 2007. http://www.unicef-irc.org/publications/pdf/rc7_eng.pdf. Acesso 09/09/07.
39. Federal Interagency Forum on Child and Family Statistics. America's Children: Key National Indicators of Well-Being, 2009. Washington, DC: U.S. Government Printing Office; 2009.
40. Van der Gaag J, Dunkelberg E. Measuring Child Well-Being in the Mediterranean Countries: Toward a Comprehensive Child Welfare Index. Roma: MedChild Institute/Fondazione Istituto Mediterraneo per l'Infanzia; 2004.
41. Mazumdar K. Measuring the well-beings of the developing countries: achievement and improvement indices. *Soc Indic Res.* 1999;47:1-60.
42. Stiglitz JE, Sen A, Fitoussi JP. Report by the Commission on the Measurement of Economic Performance and Social Progress; 2009. www.stiglitzsenfitoussi.fr/documents/rapport_anglais.pdf. Acesso: 27/11/09.
43. França acrescenta a felicidade à conta do PIB. *Folha de São Paulo.* 2009 Set 15.

44. Federal Early Childhood Development Agreement. The Well-Being of Canada's Young Children: Government of Canada Report 2002. <http://www.socialunion.gc.ca/ecd/2002/reportb-e.pdf>. Acesso: 03/11/09.
45. Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF). A situação das Crianças e Adolescentes Brasileiros, 2006. <http://www.unicef.org/brazil/situacao.htm>. Acesso: 28/09/07.
46. Pickett KE, Wilkinson RG. Child wellbeing and income inequality in rich societies: ecological cross sectional study. BMJ. 2007;335:1080-5. <http://www.bmj.com/cgi/content/full/335/7629/1080>. Acesso: 04/02/2010.
47. Law C. Life-course influences on children's futures. In: Graham H, editor. Understanding Health Inequalities. 2nd ed. Buckingham: Open University Press; 2009.
48. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (Ipea). Objetivos de Desenvolvimento do Milênio – Relatório nacional de acompanhamento. – Brasília: IPEA, 2004. Disponível em: <http://www.portalodm.com.br/publicacoes-bpsc--11--np--4.html>. Acesso: 11/02/2010.
49. Layard R. Measuring Subjective Well-Being. How should human happiness and life-satisfaction be assessed? Science. 2010;327:534-5.
50. Oswald AJ, Wu S. Objective Confirmation of Subjective Measures of Human Well-Being: Evidence from the U.S.A. Science. 2010;327:576.

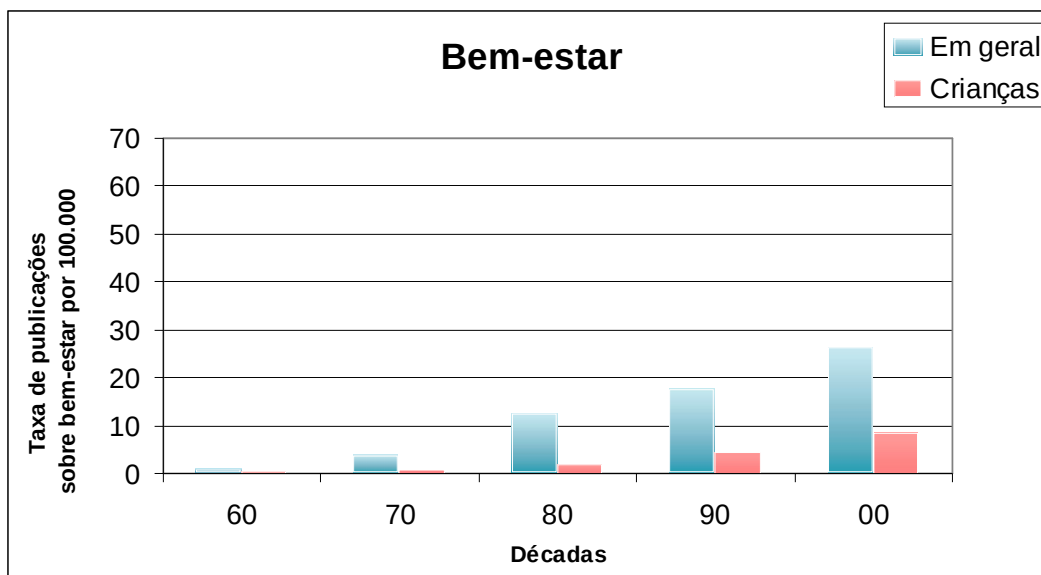


Figura 1. Produção científica sobre bem-estar na população em geral e em crianças disponível no banco de dados PubMed entre as décadas de 1960 e 2000

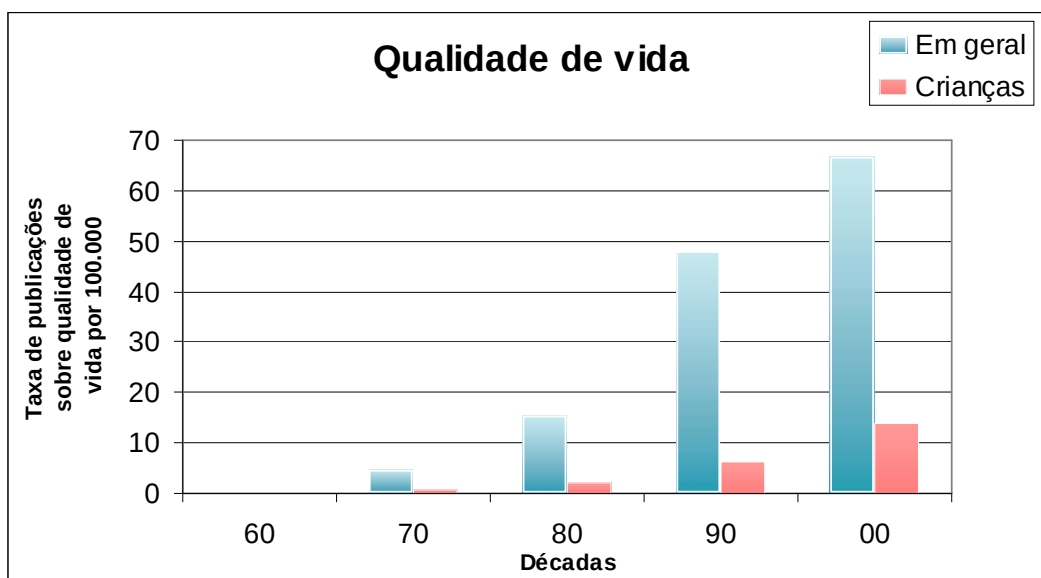


Figura 2. Produção científica sobre qualidade de vida na população em geral e em crianças disponível no banco de dados PubMed entre as décadas de 1960 e 2000

Tabela 1. Estudos internacionais que avaliam o bem-estar das crianças segundo autor, local e ano do estudo, domínios e faixa etária

	Autores	Local	Ano	Nome do estudo	Material	Educação	Comportamento	Saúde	Subjetivo	Segurança	Participação civil	Outros	Faixa etária
1	Ben Arie et al	Países desenvolvidos	2001	Monitoring and Measuring Children's Well-Being	x					x	x	Atividades de criança; Competências para a vida pessoal	0-18 anos
2	Land et al	USA	2001	Child and youth well-being in the United States, 1975–1998	x	x	x	x	x	x		Lugar na comunidade	0-17 anos
3	Bradshaw et al	União Européia	2007	An index of child well-being in the European Union	x	x	x	x	x	x	x	Morada e relacionamentos	0-17 anos
4	UNICEF	Países desenvolvidos	2007	Child poverty in perspective: An overview of child well-being in rich countries	x	x	x	x	x	x		Relacionamentos	0-17 anos
5	Federal Interagency Forum on Child and Family Statistics	América	2009	America's Children: Key National Indicators of Well-Being	x	x	x	x		x		Ambiente físico e vizinhança	0-17 anos

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os temas abordados no presente trabalho têm sido estudados de forma incipiente na literatura que trata de adolescentes, apesar de sua importância e contemporaneidade. A auto-avaliação de saúde entre adolescentes, assim denominada por estudos tradicionais sobre o tema, em diversas faixas etárias, mostrou-se associada mais que a domínios individuais àqueles sócio-ambientais, que nos remeteram a questões da família, escola e vizinhança, sem esquecermos dos que dizem respeito aos relacionamentos com os pares. Este conjunto de domínios nos enviou ao referencial teórico do bem-estar infantil, considerado um forte indicador das iniquidades sociais, independente da riqueza de um país¹.

Sob a ótica da saúde urbana, o debate aqui proposto apresenta desafios inovadores sobre o bem-estar, e consequentemente sobre a saúde e a forma de ser percebida, principalmente frente às iniquidades intra-urbanas e seus desfechos em saúde. Refletem a necessidade de se construir modelos conceituais mais arrojados, baseados em indicadores contemporâneos, que poderiam contribuir para o entendimento da saúde da população infanto-juvenil.

Uma proposta a ser pensada é que o termo “auto-avaliação de saúde” pudesse, guardada as diferenças, ser modificado por “auto-avaliação do bem-estar” dos adolescentes.

¹ Pickett KE, Wilkinson RG. Child wellbeing and income inequality in rich societies: ecological cross sectional study. BMJ. 2007;335:1080-5. <http://www.bmj.com/cgi/content/full/335/7629/1080>. Acesso: 04/02/2010.

APÊNDICES E ANEXOS

APÊNDICE A – Tabela

APÊNDICE B – Projeto de Pesquisa

APÊNDICE C – Instrumentos de coleta de dados 11 a 13 anos

APÊNDICE D – Instrumentos de coleta de dados 14 a 17 anos

APÊNDICE E – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE

ANEXO A – Recibo de submissão do artigo de revisão (artigo 2)

ANEXO B – Folha de aprovação do projeto pelo departamento

ANEXO C – Folha de aprovação do Comitê de Ética

ANEXO D – Certificado de Qualificação

Tabela. Odds Ratio (OR) ajustado e não-ajustado para as associações entre auto-avaliação de saúde dos adolescentes e variáveis do domínio sócio-demográfico, suporte social, estilos de vida, saúde física e saúde psicológica. Estudo Saúde em Beagá, 2008-2009.

Características	OR não-ajustado (IC95%)	OR ajustado* (IC95%)
SÓCIO-DEMOGRÁFICO		
Sexo feminino	1,44 (0,97-2,13)	-
Faixa etária 14 a 17 anos	2,16 (1,42-3,29)	1,71(1,06-2,74)
NSE baixo (< 6 itens educacionais no domicílio)	1,71 (1,15-2,53)	1,68 (1,05-2,69)
SUPORTE SOCIAL		
FAMÍLIA		
Estrutura familiar		
Tradicional	1	
Recomposta	1,81 (1,05 – 3,18)	-
Monoparental	1,49 (0,92-2,38)	-
Brigas na família		
Não existem brigas	1	1
Briga pouco	2,13 (1,29-3,51)	2,53 (1,44-4,46)
Briga muito	9,48 (5,15-17,43)	9,13 (4,53-18,39)
Ruim relacionamento com os pais	3,50 (2,21-5,54)	-
Realiza refeições junto com os pais menos de 2 vezes/semana	1,77 (1,15-2,72)	-
Conversam com os pais raramente ou nunca	1,92(1,20-3,07)	-
Interesse pela vida escolar do adolescente		
Pai e/ou mãe ou outro familiar	1	-
Ninguém se interessa	1,22 (1,12-1,33)	-
ESCOLA		
Atraso escolar	1,11 (0,99 – 1,25)	-
Não gosta escola	2,46 (1,46-4,13)	-
ENVOLVIMENTO SOCIAL		
Não considera os colegas prestativos e legais	2,33 (1,28-4,26)	2,21 (1,11-4,43)
ESTILOS DE VIDA		
Consumem frutas menos de 5 vezes/semana	2,24 (1,40-3,60)	1,78 (1,07-2,92)
Realiza desjejum raramente [#]	2,27(1,39-3,70)	-
Prática atividade física		
Ativo	1	1
Insuficientemente ativo	1,80 (1,18-2,76)	1,43 (0,89-2,30)
Inativo	3,19 (1,80-5,68)	2,31 (1,15-4,69)
SAÚDE FÍSICA		
Excesso de peso	1,83 (1,39-3,60)	2,42 (1,54-3,78)
SAÚDE PSICOLÓGICA		
Nível negativo de satisfação com a vida	3,57 (2,31-5,51)	2,31 (1,34-3,98)
Escala de faces - Mal-estar psicológico [#]	4,40(2,36-8,22)	-
Bem-estar pessoal		
Ótimo	1	-
Médio	1,60 (1,02 – 2,52)	-
Ruim	3,28 (1,91 – 5,64)	-

OR = Odds Ratio, IC = Intervalo de confiança

* Variáveis cujo valor-p < 0,20 entraram no modelo multivariado;

OR ajustados referem a variáveis cujo p ≤ 0,05.

[#] Variáveis não entraram no modelo logístico em função da alta colinearidade.



**OBSERVATÓRIO DE SAÚDE URBANA
DE BELO HORIZONTE**
UFMG/SMSAPBH

Adriana Lúcia Meireles

**O bem-estar subjetivo dos adolescentes residentes em dois distritos sanitários
de Belo Horizonte: Projeto MOVE-SE e Determinantes Sociais de BH**

Plano de trabalho submetido à
seleção de mestrado (2008) do
Programa de Pós-graduação em
Saúde Pública da Universidade
Federal de Minas Gerais

Orientadora: Dra. Waleska Teixeira Caiaffa
Co-orientador: Dr. César Coelho Xavier

BELO HORIZONTE
2007

O bem-estar subjetivo dos adolescentes residentes em dois distritos sanitários de Belo Horizonte: Projeto MOVE-SE e Determinantes Sociais de BH

I. Introdução

A definição de saúde proposta pela Organização Mundial de Saúde (OMS)¹, como um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não apenas a ausência de doença, favoreceu o surgimento de novos questionamentos sobre o que constitui bem-estar.

O Fundo das Nações Unidas para a Infância apresentou em fevereiro de 2007 o *Report Card 7 - Child poverty in perspective: An overview of child well-being in rich countries*², estudo que se debruça sobre o bem-estar das crianças e dos adolescentes nas economias mais avançadas do mundo, constituindo a primeira avaliação abrangente sobre o tema. Este relatório mede o bem-estar da criança, utilizando seis dimensões: bem-estar material, saúde e segurança, bem-estar educacional, relacionamento com família e amigos, comportamentos e riscos e bem-estar subjetivo.

Através do Projeto “*Modos de vida, estilos e hábitos saudáveis em Belo Horizonte (Projeto MOVE-SE BH): uma avaliação epidemiológica*” e do Projeto “*Determinantes Sociais de BH*”, vinculados ao Observatório de Saúde Urbana de Belo Horizonte, um sub-projeto será desenvolvido para avaliar o bem-estar das crianças moradoras dos dois distritos sanitários de BH.

Estudos^{3,4} mostram associação entre o bem-estar subjetivo e variáveis individuais, do entorno/vizinhança e da estrutura familiar. Porém, não existem dados conclusivos a respeito desta^{5,6}, o que torna relevante avaliar se variáveis como a baixa escolaridade dos pais, baixo nível socioeconômico, excesso de peso e insatisfação corporal podem influenciar o bem-estar subjetivo dos adolescentes, para que estruture estratégias dirigidas a estas populações, visando melhorar sua qualidade de vida. Portanto, é necessário investigar se existe alguma associação entre o bem-estar subjetivo dos adolescentes residentes em dois distritos sanitários de BH e variáveis individuais e familiares.

II. Objetivos

Conhecer o bem-estar subjetivo dos adolescentes (11 a 18 anos incompletos) residentes em dois distritos sanitários do município de Belo Horizonte, Minas Gerais, correlacionando-o com características individuais e familiares.

Objetivos Específicos

- Descrever o perfil do bem-estar subjetivo dos adolescentes;
- Caracterizar o estado nutricional, a prática de atividade física e a percepção corporal;
- Conhecer as variáveis sociodemográficas e a estrutura familiar dos adolescentes;
- Verificar associação entre o bem-estar subjetivo dos adolescentes com variáveis individuais e a estrutura familiar.

III. Proposta metodológica

Trata-se de um sub-estudo de um inquérito de saúde realizado pelo Observatório de Saúde Urbana de Belo Horizonte (OSUBH) da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG). Este inquérito tem como objetivos principais determinar os modos, estilos e hábitos de vida da população residente em Belo Horizonte (Projeto Move-se BH) e avaliar os determinantes sociais nesta população (Projeto Determinantes Sociais de BH).

O inquérito de saúde será realizado nos distritos Barreiro e Oeste, dois dos nove distritos sanitários (DS), em que é dividido o município de Belo Horizonte. Os domicílios, cadastrados pela base de informações da SMSA-BH servirão para o sorteio das amostras e, todos os residentes dos domicílios sorteados com 18 anos ou mais serão convidados a participarem do inquérito. A amostra será selecionada usando uma amostragem por conglomerados em dois estágios. No primeiro nível, as unidades amostrais serão os setores censitários nas áreas do inquérito. Serão selecionados 70 setores censitários e no segundo estágio, 25 domicílios serão selecionados aleatoriamente em cada setor. Estima-se uma taxa de participação de 75-80%. De acordo com o censo de 2000, cada residência tem aproximadamente 3,5 pessoas, das quais se estima que metade sejam adultos. Logo, antecipamos um tamanho de amostra de indivíduos adultos de aproximadamente 6000 pessoas de 18 anos ou mais em 1750 domicílios.

Quanto à amostra de adolescentes, todos os indivíduos com idade entre 11 e 18 anos incompletos residentes nos domicílios selecionados para o inquérito de saúde serão entrevistados. Considerando que em Belo Horizonte 30% dos domicílios possuem indivíduos com idade esta faixa etária e que 9% das residências possuem 2 ou mais adolescentes, estima-se conservadoramente um tamanho de amostra em torno 525 adolescentes.

Será realizada entrevista face a face e avaliação antropométrica de todos os participantes. Para a coleta de dados da população com idade maior ou igual a 18 anos será utilizado um questionário padronizado, já elaborado e discutido pela equipe de pesquisadores do OSUBH,

baseado na revisão de instrumentos adotados em outros grandes inquéritos e, quando existentes, em instrumentos validados para a população brasileira a fim de obter informações individuais (dados sócio-econômicos, estado nutricional; qualidade e estilos de vida, incluindo atividade física, hábitos e percepção da saúde) e de contexto (caracterização do entorno/vizinhança).

Para avaliação direta com crianças e adolescentes foram desenvolvidos questionários específicos, baseados em pesquisas do UNICEF² e do Estudo da Coorte de nascimentos de 1993 em Pelotas/RS pelo Centro de Pesquisas Epidemiológicas da Universidade Federal de Pelotas⁷. Serão utilizados três instrumentos para obter informações de acordo com a faixa etária da criança/adolescente. São eles:

- a) Questionário da criança (0 a 11 anos incompletos): instrumento composto de questões que avaliam o bem-estar educacional e o “brincar” das crianças. Será respondido, preferencialmente pela mãe, pai ou outro responsável pela criança, presente no momento da entrevista.
- b) Questionário do adolescente (11 a 18 anos incompletos): instrumento aplicado face a face que deverá ser respondido pelo próprio adolescente, contendo questões sobre bem-estar educacional, estrutura familiar, atividade física, marcadores de hábitos alimentares e bem-estar subjetivo.
- c) Questionário confidencial (14 a 18 anos incompletos): instrumento auto-aplicado a ser respondido pelos adolescentes residentes no domicílio. As questões abordarão comportamentos de risco, como a iniciação sexual e consumo de tabaco, de álcool e de drogas ilícitas; brigas e violência; relacionamentos com os pais e com outros da mesma idade.

Todos os instrumentos serão pré-codificados e pré-testados, em uma amostra piloto. As avaliações antropométricas serão feitas por equipe treinada pelo grupo de pesquisa. Para a entrada, processamento e análise dos dados será utilizado software estatístico específico.

Portanto, diante da gama de informações obtidas pelo inquérito de saúde será possível alcançar os objetivos propostos neste plano de trabalho, detalhados a seguir, por meio do delineamento de dois artigos científicos.

1º Artigo: Estudo epidemiológico descritivo com base nas informações obtidas pelo inquérito de saúde, mais especificamente pelo questionário aplicado face a face aos adolescentes de 11 a 18 anos incompletos, identificando variáveis sociodemográficas, prevalência de sobrepeso e obesidade, prevalência de insatisfação corporal e prática habitual de atividade física. Para este estudo será realizada análise descritiva, constando cálculo das medidas de tendência central e de dispersão e distribuições de frequências. Diferenças entre as

proporções e médias serão avaliadas pelo teste qui-quadrado de Pearson e pelo teste-t, respectivamente⁸.

2º Artigo: Estudo transversal para verificar se há associação entre o bem-estar subjetivo dos adolescentes e variáveis individuais, levando em consideração algumas variáveis da estrutura familiar dos adolescentes. Para classificar o bem-estar subjetivo serão selecionados três componentes (auto-percepção da saúde, satisfação pessoal e satisfação com a escola) adotados pelo UNICEF² no Report Card nº 7. Será realizada análise multivariada para verificar a existência de associações entre as variáveis individuais (sociodemográficas, estado nutricional, percepção corporal, prática de atividade física) e estrutura familiar, com a variável resposta (baixo nível de bem-estar subjetivo).

Para isto será realizada análise descritiva e, posteriormente, análise bivariada para seleção de variáveis ($p \leq 0,25$) que constituirão o modelo multivariado (regressão logística binária). Após o ajuste do modelo final, será realizado o cálculo da probabilidade de ocorrência do evento (baixo nível de bem-estar subjetivo), para os diversos subgrupos definidos pelas variáveis de exposição, a partir do modelo de regressão estimado⁹.

Questões éticas: O Projeto MOVE-SE BH foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da UFMG e da SMSA-BH e aprovado, seguido de todos os preceitos éticos (Processo ETIC nº 253/06).

IV. Viabilidade (custo/cronograma)

O Projeto MOVE-SE BH é financiado pelo Ministério da Saúde e pelo CNPq, não havendo custos adicionais que possam impedir ou interromper a execução do mesmo.

Atividades	Semestre anterior	1º ano		2º ano	
		1º	2º	1º	2º
Revisão Bibliográfica	X	X	X	X	X
Disciplinas	X	X	X		
Elaboração dos instrumentos	X				
Treinamento dos entrevistadores		X			
Piloto		X			
Coleta de dados		X			
Análise dos dados			X	X	
Elaboração de artigos			X	X	
Defesa de dissertação					X

V. Referências Bibliográficas

1. WHO. World Health Organization Constitution. Geneva: World Health Organization, 1947.
2. UNICEF. Child poverty in perspective: An overview of child well-being in rich countries. Report Card N° 7. Florence, Italy: UNICEF Innocenti Research Centre, 2007.
3. Drukker M, Kaplan C, Schneiders J, Feron FJM, Van J The wider social environment and changes in self-reported quality of life in the transition from late childhood to early adolescence: a cohort study. BMC Public Health. 2006;6:133.
4. Leventhal T, Brooks-Gunn J. The neighborhoods they live in: the effects of neighborhood residence on child and adolescent outcomes. Psychol Bull. 2000;126(2):309-37.
5. Hutchinson G, Simeon DT, Bain BC, Wyatt GE, Tucker MB, Lefranc E. Social and health determinants of well being and life satisfaction in Jamaica. Int J Soc Psychiatry. 2004; 50:43-53.
6. Silva RA, Horta BL, Pontes LM *et al.* Bem-estar psicológico e adolescência: fatores associados. Cad. Saúde Pública. 2007; 23(5):1113-8.
7. CPE. Centro de Pesquisas Epidemiológicas, Universidade Federal de Pelotas. Estudo da coorte de nascimentos de 1993 em Pelotas/RS. http://www.epidemioufpel.org.br/projetos_de_pesquisas/coorte1993. Acesso em 27/09/2007.
8. Soares, JF, Siqueira, AL. Introdução à estatística médica. 2 ed. Belo Horizonte: Editora Médica, 2002.
9. Hosmer, DW, Lemeshow S. Applied logistic regression. New York: John Wiley and Sons, 2000.



Projeto Modos de Vida, Estilos e Hábitos Saudáveis em BH (Projeto MOVE-SE BH) & Determinantes Sociais da Saúde.

Avaliação do bem-estar dos adolescentes

Saúde em Beagá



QUESTIONÁRIO CONFIDENCIAL DO ADOLESCENTE (11,12 e 13 anos)

Prezado adolescente,

Este questionário faz parte de uma pesquisa realizada pela Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG) e pela Prefeitura em Belo Horizonte para conhecer aspectos importantes da sua vida e do seu bem-estar. Sua casa foi escolhida para participar desta pesquisa. Sua colaboração é fundamental para a realização deste trabalho. Os resultados desta pesquisa vão ajudar a prefeitura a tomar decisões para melhorar o seu bem-estar. O questionário deve ser respondido individualmente.

Não coloque seu nome. Suas respostas serão secretas e não serão divulgadas para ninguém. Você só responde se quiser.

Para preencher use apenas CANETA AZUL. Se você errar, circule a resposta que achar certa. É importante que você responda todas as perguntas. Não existe resposta certa ou errada.

Leia as perguntas e responda preenchendo o "quadrinho".

Exemplo: ☐

Se você tiver alguma dúvida, chame o entrevistador, ele irá ajudar você sem olhar as suas respostas.



Projeto Modos de Vida, Estilos e Hábitos Saudáveis em BH (Projeto MOVE-SE BH) & Determinantes Sociais da Saúde.

Avaliação do bem-estar dos adolescentes

Saúde em Beagá



QUESTIONÁRIO CONFIDENCIAL DO ADOLESCENTE (14, 15, 16 e 17 anos)

Prezado adolescente,

Este questionário faz parte de uma pesquisa realizada pela Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG) e pela Prefeitura em Belo Horizonte para conhecer aspectos importantes da sua vida e do seu bem-estar. Sua casa foi escolhida para participar desta pesquisa. Sua colaboração é fundamental para a realização deste trabalho. Os resultados desta pesquisa vão ajudar a prefeitura a tomar decisões para melhorar o seu bem-estar.

O questionário deve ser respondido individualmente.

Não coloque seu nome. Suas respostas serão secretas e não serão divulgadas para ninguém. Você só responde se quiser.

Para preencher use apenas CANETA AZUL. Se você errar, circule a resposta que achar certa. É importante que você responda todas as perguntas. Não existe resposta certa ou errada.

Leia as perguntas e responda preenchendo o "quadrinho".

Exemplo: 

Se você tiver alguma dúvida, chame o entrevistador, ele irá ajudar você sem olhar as suas respostas.

Projeto Saúde em Beagá



Nº IDENTIFICAÇÃO DO DOMICÍLIO:

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (Responsável e adolescente)
Participantes com idade até 12 anos

OBJETIVOS DO PROJETO

O **Projeto Saúde em Beagá** é uma pesquisa domiciliar relacionado à saúde com o objetivo de conhecer as formas de viver e a qualidade de vida dos residentes de Belo Horizonte.

PROCEDIMENTOS UTILIZADOS

Ao concordar em participar o menor sob sua responsabilidade deverá:

1. Preencher um questionário CONFIDENCIAL com perguntas sobre sua vida incluindo bem-estar, atividade física, hábitos e comportamentos alimentares além das preferências e percepção da saúde.
2. Realizar medidas de peso e altura.

CONFIDENCIALIDADE

Os pesquisadores garantem que toda a informação é considerada CONFIDENCIAL e que a identificação de seu filho(a) ou o menor sob sua responsabilidade será mantida como informação sigilosa. Toda a informação será guardada apenas com um número, sem o nome. Os relatórios e resultados deste estudo serão apresentados sem nenhuma forma de identificação individual.

DESCONFORTOS, RISCOS, BENEFÍCIOS

O preenchimento do questionário dura, em média, 20 minutos e as medidas menos de 5 minutos, sem nenhum desconforto ou risco, sendo utilizados equipamentos apropriados para a obtenção de cada medida.

Não haverá nenhuma contribuição em dinheiro (ressarcimento ou ajuda de custo) pela participação na pesquisa. Como benefício, esta pesquisa poderá contribuir para ampliar as medidas de intervenção propostas para a população de Belo Horizonte, no sentido de garantir a promoção de hábitos de vida saudáveis assegurando uma maior qualidade de vida e condições de saúde da população.

DÚVIDAS

Em caso de dúvida, poderei comunicar com a Dra. Waleska T. Caiaffa, uma das coordenadoras deste projeto na Faculdade de Medicina da UFMG, na Av. Alfredo Balena, 190, 6o. andar ou pelo telefone (31) 3409-9949. Também poderei entrar em contato com Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte, na Av. Afonso Pena, 2336 – Funcionários ou pelo telefone (31) 3277-9535.

CONSENTIMENTO

Sei que a participação neste estudo do menor sob minha responsabilidade é totalmente voluntária e que poderei não concordar, sem qualquer prejuízo pessoal.

Eu li este formulário e recebi as instruções e, após assinar duas vias deste documento, receberei uma via e a outra será devidamente guardada para garantir a confidencialidade.

Belo Horizonte, ____ de ____ de 2008

Assinatura do responsável legal pelo menor de idade

Assinatura do adolescente participante

Entrevistador:

Preencha de forma legível o nome completo do entrevistado _____

Assinatura do entrevistador

Projeto Saúde em Beagá
Observatório de Saúde Urbana de Belo Horizonte (UFMG/SMSA-PBH)

Projeto Saúde em Beagá



Nº IDENTIFICAÇÃO DO DOMICÍLIO:

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (Adolescente assina)
Participantes com idade entre 13 a 17 anos

OBJETIVOS DO PROJETO

O **Projeto Saúde em Beagá** é uma pesquisa domiciliar relacionado à saúde com o objetivo de conhecer as formas de viver e a qualidade de vida dos residentes de Belo Horizonte.

PROCEDIMENTOS UTILIZADOS

Ao concordar em participar você deverá:

1. Preencher um questionário CONFIDENCIAL com perguntas sobre sua vida incluindo bem-estar, atividade física, hábitos e comportamentos alimentares além das preferências e percepção da saúde.
2. Realizar medidas de peso e altura.

CONFIDENCIALIDADE

Os pesquisadores garantem que toda a informação é considerada CONFIDENCIAL e que sua identificação será mantida como informação sigilosa. Toda a informação será guardada apenas com um número, sem o nome. Os relatórios e resultados deste estudo serão apresentados sem nenhuma forma de identificação individual.

DESCONFORTOS, RISCOS, BENEFÍCIOS

O preenchimento do questionário dura, em média, 20 minutos e as medidas menos de 5 minutos, sem nenhum desconforto ou risco, sendo utilizados equipamentos apropriados para a obtenção de cada medida.

Não haverá nenhuma contribuição em dinheiro (ressarcimento ou ajuda de custo) pela participação na pesquisa. Como benefício, esta pesquisa poderá contribuir para ampliar as medidas de intervenção propostas para a população de Belo Horizonte, no sentido de garantir a promoção de hábitos de vida saudáveis assegurando uma maior qualidade de vida e condições de saúde da população.

DÚVIDAS

Em caso de dúvida, poderei comunicar com a Dra. Waleska T. Caiaffa, uma das coordenadoras deste projeto na Faculdade de Medicina da UFMG, na Av. Alfredo Balena, 190, 6o. andar ou pelo telefone (31) 3409-9949. Também poderei entrar em contato com Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte, na Av. Afonso Pena, 2336 – Funcionários ou pelo telefone (31) 3277-9535.

CONSENTIMENTO

Sei que a minha participação neste estudo é totalmente voluntária e que poderei não concordar, sem qualquer prejuízo pessoal.

Eu li este formulário e recebi as instruções e, após assinar duas vias deste documento, receberei uma via e a outra será devidamente guardada para garantir a confidencialidade.

Belo Horizonte, ____ de ____ de 2008

Assinatura do adolescente

Entrevistador:

Preencha de forma legível o nome completo do entrevistado _____

Assinatura do entrevistador



Projeto Saúde em Beagá
Observatório de Saúde Urbana de Belo Horizonte (UFMG/SMSA-PBH)

Projeto Saúde em Beagá



Nº IDENTIFICAÇÃO DO DOMICÍLIO:

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (Responsável assina)
Participantes com idade de 13 a 17 anos

OBJETIVOS DO PROJETO

O **Projeto Saúde em Beagá** é uma pesquisa domiciliar relacionado à saúde com o objetivo de conhecer as formas de viver e a qualidade de vida dos residentes de Belo Horizonte.

PROCEDIMENTOS UTILIZADOS

Ao concordar em participar o menor sob sua responsabilidade deverá:

1. Preencher um questionário CONFIDENCIAL com perguntas sobre sua vida incluindo bem-estar, atividade física, hábitos e comportamentos alimentares além das preferências e percepção da saúde.
2. Realizar medidas de peso e altura.

CONFIDENCIALIDADE

Os pesquisadores garantem que toda a informação é considerada CONFIDENCIAL e que a identificação de seu filho(a) ou o menor sob sua responsabilidade será mantida como informação sigilosa. Toda a informação será guardada apenas com um número, sem o nome. Os relatórios e resultados deste estudo serão apresentados sem nenhuma forma de identificação individual.

DESCONFORTOS, RISCOS, BENEFÍCIOS

O preenchimento do questionário dura, em média, 20 minutos e as medidas menos de 5 minutos, sem nenhum desconforto ou risco, sendo utilizados equipamentos apropriados para a obtenção de cada medida.

Não haverá nenhuma contribuição em dinheiro (ressarcimento ou ajuda de custo) pela participação na pesquisa. Como benefício, esta pesquisa poderá contribuir para ampliar as medidas de intervenção propostas para a população de Belo Horizonte, no sentido de garantir a promoção de hábitos de vida saudáveis assegurando uma maior qualidade de vida e condições de saúde da população.

DÚVIDAS

Em caso de dúvida, poderei comunicar com a Dra. Waleska T. Caiaffa, uma das coordenadoras deste projeto na Faculdade de Medicina da UFMG, na Av. Alfredo Balena, 190, 6o. andar ou pelo telefone (31) 3409-9949. Também poderei entrar em contato com Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte, na Av. Afonso Pena, 2336 – Funcionários ou pelo telefone (31) 3277-9535.

CONSENTIMENTO

Sei que a participação neste estudo do menor sob minha responsabilidade é totalmente voluntária e que poderei não concordar, sem qualquer prejuízo pessoal.

Eu li este formulário e recebi as instruções e, após assinar duas vias deste documento, receberei uma via e a outra será devidamente guardada para garantir a confidencialidade.

Belo Horizonte, ____ de ____ de 2008

Assinatura do responsável legal pelo menor de idade

Entrevistador: Preencha de forma legível o nome completo do adolescente _____

Assinatura do entrevistador



Projeto Saúde em Beagá
Observatório de Saúde Urbana de Belo Horizonte (UFMG/SMSA-PBH)

Orkut Gmail Agenda Docs Web mais ▾ drica.meireles07@gmail.com |

Gmail
by Google

Procurar e-mail Pesquisar na web [Mostrar opções de pesquisa](#)
[Criar um filtro](#)

Escrever e-mail

Entrada (7)

- Buzz
- Com estrelas
- Bate-papos
- Enviados
- Rascunhos
- Todos os e-mails
- Spam
- Lixeira

- Amor
- Canguçu
- CECOVISA
- Colegiado
- dri_meireles@yahoo...
- Oficinas
- reuniões OSS
- reuniões OSUBH
- Waleska
- Mais ▾
- Contatos
- Tarefas
- Bate-papo

Mega Promo TAM e GOL - www.Decolar.com/Tam - Passagem Nacional Até 95% Desconto Internacionais até 82% Desconto! [Sobre estes](#)

« Voltar para Caixa de entrada Arquivar Denunciar spam Excluir Mover para ▾ Marcadores ▾ Mais ações ▾

Cadastrado como autor Entrada | X

☆ [jped@jped.com.br](#) para dri_meireles [mostrar detalhes](#) 19 fev (3 dias atrás) [Responder](#) ▾



Prezado Dr. (a) Adriana Lúcia Meireles,

Seu artigo foi protocolado em nosso sistema e será avaliado por nossos revisores e Conselho Editorial. O Jornal de Pediatria agradece a sua colaboração.

Título do Artigo: 1060/2010 - O bem-estar da criança enquanto um cidadão de direitos: uma perspectiva contemporânea sob a ótica da saúde urbana

Acesse www.jpededitorial.com.br para ter acesso as informações.

[Responder](#) [Encaminhar](#)

☆ [jped@jped.com.br](#) para dri_meireles [mostrar detalhes](#) 19 fev (3 dias atrás) [Responder](#) ▾

- Mostrar texto das mensagens anteriores -

[Responder](#) [Encaminhar](#)

Próximas

- [Nova jan](#)
- [Imprimir](#)
- [Recolher](#)
- [Encamin](#)

Lir

Celular MF
Com 20% de
ou até 15X S
[www.Mptudc](#)

Acer é na i
Netbooks e l
de R\$ 1.199.
[www.grande](#)

Notebook
As melhores
e com 20% i
[www.rmnote](#)

Colchão K
Atendemos 1
Solicite uma

Departamento de Pediatria
Câmara Departamental
Parecer: 26/08

Projeto: *Avaliação do bem-estar dos adolescentes residentes em dois distritos sanitários de Belo Horizonte, MG*

Interessados: Profs. César Coelho Xavier e Zeia Soares Moulin

Histórico: Os interessados foram convidados e integram a Equipe do Observatório de Saúde Urbana de Belo Horizonte operado pelo Grupo de Pesquisa Epidemiológica do Depto. de Medicina Preventiva e Social dessa Faculdade que irá desenvolver projetos no âmbito da avaliação do bem-estar de crianças e adolescentes do município. Um desses projetos intitula-se 'Modos de vida, estilos e hábitos saudáveis em Belo Horizonte (projeto MOVE-SE BH, já devidamente aprovado no COEP-UFMG sob o número ETIC 253-06)' no qual se insere o projeto em tela.

Mérito: o projeto avaliará o grau de bem-estar cerca de 1.300 adolescentes de 11-18 anos residentes nos distritos Barreiro e Oeste. Para tanto, serão aplicados dois questionários. O primeiro deles conterá questões referentes ao bem-estar educacional, estrutura familiar, atividade física, hábitos alimentares e bem-estar subjetivo e o segundo, de caráter confidencial, contemplará aspectos relacionados à iniciação sexual, tabagismo, consumo de álcool e drogas ilícitas, violência, relacionamento com pais e indivíduos da mesma faixa etária. Peso e altura serão obtidos seguindo recomendações da OMS. O planejamento amostral e análise estatística estão adequadamente descritos. A equipe executora é composta por pediatras, epidemiologistas, demógrafa, fonoaudióloga e nutricionista. Como o projeto já foi aprovado pela Secretaria Municipal de Saúde e COEP, parece-nos lícito supor que o mesmo tenha ocorrido com o TCLE. Entretanto ele não foi anexado à presente documentação.

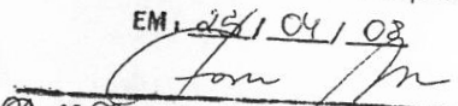
Conclusão:

somos pela aprovação do projeto e recomendamos aos interessados que incluam o TCLE à documentação ora apresentada ao Depto. de Pediatria.

Belo Horizonte, 25 de abril de 2008.

Aprovado em Reunião da Câmara Departamental

EM 25/04/08


Prof.º Celso de Carvalho Coelho Mota
Chefe do Departamento de Pediatria
Faculdade de Medicina / UFMG

Universidade Federal de Minas Gerais
Comitê de Ética em Pesquisa da UFMG - COEP

Parecer nº. ETIC 253/06

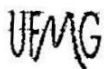
Interessado: Profa. Waleska Teixeira Caiaffa
Departamento de Medicina Preventiva e Social
Faculdade de Medicina - UFMG

DECISÃO

O Comitê de Ética em Pesquisa da UFMG – COEP aprovou, *ad referendum*, no dia 16 de outubro de 2006, após atendidas as solicitações de diligência, o projeto de pesquisa intitulado **“Análise dos fatores condicionantes da saúde da população por áreas delimitadas e formulação de propostas de intervenção: Projeto modos de vida, estilos e hábitos saudáveis em BH (Projeto Move-se BH) - Uma avaliação epidemiológica”** bem como o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido do referido projeto.

O relatório final ou parcial deverá ser encaminhado ao COEP um ano após o início do projeto.


Profa. Dra. Maria Eléna de Lima Perez Garcia
Presidente do COEP/UFMG



Universidade Federal de Minas Gerais
Comitê de Ética em Pesquisa da UFMG - COEP

Parecer nº. ETIC 017/07

Interessado(a): Prof. Fernando Augusto Proietti
Departamento de Medicina Preventiva e Social
Faculdade de Medicina-UFMG

DECISÃO

O Comitê de Ética em Pesquisa da UFMG – COEP aprovou, no dia 9 de abril de 2007, após atendidas as solicitações de diligência, o projeto de pesquisa intitulado **"Observatório de saúde urbana de Belo Horizonte – análise dos fatores condicionantes da saúde da população por áreas delimitadas e formulação de propostas de intervenção. Saúde urbana"** bem como o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

O relatório final ou parcial deverá ser encaminhado ao COEP um mês após o início do projeto.


Prof. Dra. Maria Elena de Lima Perez Garcia
Presidente do COEP-UFMG



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA - COEP**

Parecer nº ETIC 253/06– Extensão 01/08

Interessada: Profa. Waleska Teixeira Caiafa

Departamento de Pediatria - Faculdade de Medicina

A pesquisadora solicita extensão ao projeto intitulado “**Análise dos fatores condicionantes da saúde da população por áreas delimitadas e formulação de propostas de intervenção: Projeto modos de vida, estilos e hábitos saudáveis em BH (Projeto Move-se-BH) – Uma avaliação epidemiológica**”, ETIC- 253/06 aprovado pelo COEP em 25 de outubro de 2006.

Titulo da extensão solicitada – “Avaliação do bem estar dos adolescentes residentes em dois distritos sanitários de Belo Horizonte”

Documentação anexada: 1) carta de encaminhamento datada de 26/06/08 com a justificativa da solicitação e comunicando que o “subprojeto” foi aprovado pela Câmara do Departamento de Pediatria em 25/04/08 - Parecer 26/08. O COEP considera que a proposta é uma solicitação de extensão ao projeto original; 2) projeto da extensão proposta 3) cópia da Decisão de aprovação do projeto original ETIC 253-06, pelo COEP em 16 de outubro de 2006- 5) Termos de Consentimentos Livres e Esclarecidos - a) TCLE para adolescentes: entre 11 e 12 anos, entre 13 e 18 anos; b) TCLE para o responsável pela criança de 7 a 12 anos; c) TCLE para o responsável pelo adolescente de 13 a 18 anos; d) TCLE para adolescente entre 13 e 17 anos; 6) anexadas Tabelas com o dimensionamento do bem estar da criança , da UNICEF de 2007, com seus componentes e indicadores.

Alterações do protocolo - 1) Inclusão de 1300 adolescentes que irão responder a dois novos questionários: 1.1) um que será respondido face a face, e que contém questões sobre bem-estar educacional, estrutura familiar, atividade física, marcadores de hábitos alimentares e bem estar subjetivo; 1.2) o outro é confidencial, para indivíduos entre 14 a 18 anos incompletos, auto-aplicado, contendo questões que abordarão comportamentos de risco com iniciação sexual e consumo de tabaco, álcool e drogas ilícitas, brigas e violência, relacionamento com os pais e com outros da mesma idade. 2) Adição da avaliação do peso e altura dos adolescentes que serão mensurados segundo as recomendações da OMS.

Considerações - A proposta de extensão e seu objetivo geral estão inseridos nos objetivos gerais e específicos do projeto originalmente aprovado CAAE 253-06, que tinha como população alvo a população de Belo Horizonte (BH), e os adolescentes estariam incluídos nessa população. Na proposta de extensão submetida o objetivo geral é avaliar o bem-estar dos adolescentes de 11 a 18 anos incompletos residentes em dois distritos sanitários (Barreiro e Oeste) do município de Belo Horizonte, Minas Gerais. As características da família e do entorno/vizinhança do adolescente são variáveis que já estavam propostas no projeto original



UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA - COEP

VOTO – A proposta submetida ao COEP não tem impecilhos éticos e nem representa risco adicional ao que já estava proposto no projeto originalmente aprovado. O COEP é favorável a aprovação do projeto **“Avaliação do bem estar dos adolescentes residentes em dois distritos sanitários de Belo Horizonte”** como uma extensão do projeto CAAE 253/06, e que deverá ser identificada junto ao COEP pelo número CAAE 253/06- EX01/08. Belo Horizonte, 17 de setembro de 2008.

Profa. Maria Teresa Marques Amaral
Coordenadora do COEP - UFMG



FACULDADE DE MEDICINA
CENTRO DE PÓS-GRADUAÇÃO
Av. Prof. Alfredo Balena 190 / sala 7009
Belo Horizonte - MG - CEP 30.130-100
Fone: (031) 3248.9641 FAX: (31) 3248.9640
e-mail: cpg@medicina.ufmg.br



Ata do exame de qualificação a que se submeteu a mestrandia Adriana Lúcia Meireles, do Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública.

Aos cinco dias do mês de dezembro de dois mil e oito, convocada pelo Colegiado do Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública - Área de Concentração em Epidemiologia, compareceu a mestrandia **ADRIANA LÚCIA MEIRELES** para submeter-se ao exame de qualificação com o projeto de dissertação intitulado: **"AVALIAÇÃO DO BEM-ESTAR DOS ADOLESCENTES RESIDENTES EM DOIS DISTRITOS SANITÁRIOS DE BELO HORIZONTE"**, perante a Comissão Examinadora composta pelos professores: Alysson Massote Carvalho – UFMG, Clareci Silva Cardoso – UFMG e Edna Afonso Reis – UFMG. Participaram também da sessão, a Profa. Waleska Teixeira Caiáffa – UFMG e Prof. César Coelho Xavier – UFMG, orientadora e co-orientador da aluna. A sessão iniciou-se às 10:00 horas, na sala 730, 7º andar da Faculdade de Medicina, com a presença dos professores acima citados. Após a exposição da candidata, os professores participantes da Comissão Examinadora fizeram comentários sobre a apresentação oral, o conteúdo, relevância, metodologia e viabilidade do Projeto. Após a arguição a banca examinadora considerou o projeto coerente e a aluna apta a prosseguir a sua investigação. Para constar, lavrou-se a presente ATA, que segue assinada pela comissão examinadora. Belo Horizonte, 05 de dezembro de 2008.

Profa. Waleska Teixeira Caiáffa /Orientadora _____ *Waleska Caiáffa*

Prof. César Coelho Xavier/Co-orientador _____ *César Xavier*

Prof. Alysson Massote Carvalho _____ *Alysson*

Profa. Clareci Silva Cardoso _____ *Clareci*

Profa. Edna Afonso Reis _____ *Edna Afonso Reis*

Profa. Sandhi Maria Barreto/Coordenadora _____ *Sandhi*

CONFERE COM O ORIGINAL
Centro de Pós-Graduação