

SATISFAÇÃO COM A VIDA, EXERCÍCIO FÍSICO E CONSUMO DE TABACO EM ADOLESCENTES DE DIFERENTES ÁREAS GEOGRÁFICAS DE PORTUGAL

Ms. MARÍLIA MORAES

Licenciada em educação física e mestre em ciência do desporto na especialidade de recreação e lazer
Doutoranda do curso de ciência do desporto na Faculdade de Desporto da Universidade do Porto,
Portugal, integrando a equipe de investigação do Laboratório de Psicologia do Desporto dessa
instituição no âmbito dos estilos de vida e bem-estar subjetivo das populações
E-mail: moliveiramoraes@hotmail.com

Dr. NUNO CORTE-REAL

Licenciado em educação física e desporto
Doutor em ciência do desporto
Professor auxiliar da Faculdade de Desporto da Universidade do Porto, Portugal
E-mail: ncortereal@fade.up.pt

Dr^a. CLÁUDIA DIAS

Licenciada em psicologia
Doutora em psicologia do desporto
Professora auxiliar da Faculdade de Desporto da Universidade do Porto, Portugal
E-mail: cdias@fade.up.pt

Dr. ANTÓNIO MANUEL FONSECA

Licenciado em educação física e desporto
Doutor em ciência do desporto
Professor catedrático da Faculdade de Desporto da Universidade do Porto, Portugal
E-mail: afonseca@fade.up.pt

RESUMO

Objetivo: analisar a satisfação com a vida em função do exercício físico e do consumo de tabaco por sexo, idade e área geográfica em adolescentes. Amostra: 447 rapazes e 633 moças, dos 12 aos 20 anos, de várias áreas geográficas de Portugal. A satisfação com a vida, o exercício físico e o consumo de tabaco dos adolescentes foram avaliados por meio de questionário. Principais resultados: a) os rapazes e as moças de todas as idades e das diferentes áreas geográficas que praticavam esporte regularmente eram os mais satisfeitos com a vida; b) os adolescentes das diferentes áreas geográficas que mais fumavam eram os menos satisfeitos com a vida, especialmente as moças e os mais novos.

PALAVRAS-CHAVE: Satisfação com a vida; exercício físico; tabaco; adolescência.

INTRODUÇÃO

A satisfação com a vida, componente cognitiva do bem-estar subjetivo, refere-se a um processo de julgamento no qual os indivíduos avaliam globalmente a qualidade das respectivas vidas com base em seus próprios critérios (DIENER, 1984).

O bem-estar subjetivo vem sendo definido na literatura como uma avaliação global da vida em termos de satisfação (julgamento cognitivo) (DIENER, 2000) e equilíbrio entre afeto positivo e negativo (vivência de emoções agradáveis e desagradáveis, respectivamente) (RYFF et al., 2002) ou, simplesmente, como a felicidade ou a satisfação com a vida autopercebidas (MYERS, 2004). É considerado um indicador emergente de qualidade de vida e de inexplorado potencial de causas (DIENER, 1984), em que apenas recentemente os psicólogos têm voltado a atenção para a sua conceituação e avaliação em crianças e adolescentes (HUEBNER, 1994; HUEBNER et al., 2003).

No campo do bem-estar subjetivo, as pesquisas envolvendo os mais jovens tendem a concentrar-se no estudo dos correlatos de satisfação com a vida. De fato, uma vasta quantidade de correlatos tem sido revelada incluindo uma variedade de comportamentos de risco para a saúde (uso de álcool e drogas, comportamento violento e agressivo, atividade sexual), sintomas psicopatológicos (depressão, ansiedade, baixa auto-eficácia, solidão) e índices de saúde física (alimentação, exercício físico) (HUEBNER et al., 2003).

Resultados de investigações focadas na componente satisfação com a vida apontam no sentido de uma relação positiva com comportamentos protetores da saúde e negativa com comportamentos de risco para a saúde na adolescência (ALVES et al., 2004; ZULLING et al., 2001).

A consulta à literatura do bem-estar subjetivo permitiu constatar que se os estudos com adolescentes são escassos, os que relacionam o bem-estar subjetivo com comportamentos de saúde – no sentido de favorecer ou prejudicar a saúde (BALAGUER et al., 2002) – nessas idades o são ainda mais.

Vários investigadores concluíram que as variáveis sociodemográficas contam muito pouco para a variância do bem-estar subjetivo (DIENER, 1984; MROCZEK; KOLARZ, 1998; MYERS; DIENER, 1995). Em contrapartida, os resultados encontrados por Matos et al. (2003b) e pelo estudo europeu Health Behaviour School Aged Children (HBSC) promovido pela Organização Mundial de Saúde (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2004), com adolescentes portugueses, revelaram que os rapazes e os adolescentes mais novos referiam com mais frequência se sentirem satisfeitos com as suas vidas do que as moças e os adolescentes mais velhos. Neto (1993) verificou que o nível sociocultural (médio/alto) e o sexo, apesar de só contarem 6%

para a variância de satisfação com a vida, eram preditores significativos de satisfação com a vida em adolescentes.

Carvalho (2005) e Esperança (2005), em seus trabalhos junto de adolescentes portugueses portadores de necessidades educativas especiais, estudaram a relação entre a satisfação com a vida e a prática esportiva tendo em consideração o sexo e a idade. Carvalho (2005) incluiu ainda em seu estudo uma terceira variável, a área geográfica. Os resultados obtidos por esses autores sugerem que essas variáveis devem ser tidas em conta na intervenção na vida desses adolescentes no que toca à promoção da prática esportiva e de maiores níveis de satisfação com a vida.

A adolescência é considerada um período crítico para a modelação das condutas que prejudicam ou beneficiam a saúde ao longo da vida. É nessa etapa que geralmente se entra em contato com uma série de substâncias socialmente consideradas não saudáveis como, por exemplo, o tabaco (ROSA ALCÁZAR et al., 2003; TOMÁS; ATIENZA, 2002). Por isso, reveste-se de importância a investigação que tencione conhecer a relação entre a adoção de determinados comportamentos por parte dos jovens e os seus níveis de bem-estar. Trata-se de um contributo para a construção de estratégias de intervenção na qualidade de vida dos jovens, melhorando seus hábitos de saúde e a sua satisfação com a vida.

Nesse sentido, foram escolhidos para este estudo os comportamentos prática de exercício físico e consumo de tabaco. O primeiro, pelo importante papel para a melhoria da qualidade de vida (U. S. DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES, 1996; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2002a), inculcando nos jovens hábitos que permaneçam no tempo, ligados a um estilo de vida fisicamente ativo (MOTA, 1992). O segundo, por representar a maior causa de mortes evitáveis no mundo (GLOBAL YOUTH TOBACCO SURVEY COLLABORATING GROUP, 2003), aproximadamente 5 milhões de óbitos por ano (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2002b), tendendo para 8,3 milhões em 2030 (MATHERS; LONCAR, 2006). O tabagismo é o fator de risco modificável com maior número de mortes atribuídas (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2002b) e um hábito, infelizmente, iniciado em idades tão precoces (FRAGA et al., 2006; MATOS et al., 2003a; TOMÁS; ATIENZA, 2002).

No âmbito dos comportamentos de saúde na adolescência, vários estudos partem para uma análise em função do sexo e da idade, pois as assimetrias costumam ser significativas. Relativamente à prática de exercício físico e esportes, muitas investigações têm verificado que os rapazes são mais ativos do que as moças e que os adolescentes mais novos são mais ativos do que os mais velhos (BALAGUER; CASTILLO, 2002; EUROPEAN COMMISSION, 2004; CORTE-REAL et al., 2004; MATOS et al., 2003b; MOTA; SALLIS, 2002; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2004). Quanto ao consumo de tabaco, há atualmente uma tendência para aumentar entre as moças e estabilizar

entre os rapazes, sendo os adolescentes mais velhos os maiores consumidores (FRAGA et al., 2006; INQUÉRITO NACIONAL DE SAÚDE, 2007; RIOS et al., 2005; TOMÁS; ATIENZA, 2002; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2004).

As diferenças nos níveis de exercício físico e de consumo de tabaco nos adolescentes também se podem dar em função da variável área geográfica. Os adolescentes de cidades litorâneas têm demonstrado um maior envolvimento em exercícios físicos e esportes do que os de regiões interioranas (MARIOVET, 1993; MATOS et al., 1998), assim como os que vivem no interior têm sido identificados como consumidores mais frequentes de tabaco (MATOS et al., 1999). Acerca dessas questões Yang et al. (2000, apud MOTA, SALLIS, 2002) referem que é possível que as pessoas mais urbanas tenham mais escolhas e mais informações em relação ao exercício físico, além de uma maior oportunidade de utilizar e aceder aos espaços e equipamentos esportivos. Em contrapartida, a baixa densidade física e relacional, apontada por Ferrão (2000) como um dos problemas principais de grande parte das áreas rurais, seguindo as dificuldades de acesso a infra-estruturas, equipamentos, serviços e competências cujo grau de especialização é incompatível com uma localização rural, podem interferir na perspectiva de vida e futuro dos adolescentes facilitando a adoção de condutas que pouco contribuem para um estilo de vida considerado saudável.

Nessa medida, o presente estudo teve por objetivo analisar os níveis médios de satisfação com a vida dos adolescentes em função dos seus níveis de exercício físico e de consumo de tabaco, relativamente ao sexo, à idade e à área geográfica.

METODOLOGIA

Amostra

Este estudo contou com a colaboração de 1.080 jovens, 41% do sexo masculino ($n = 447$) e 59% do sexo feminino ($n = 633$), entre os 12 e os 20 anos de idade. Esses jovens freqüentavam escolas do 3º ciclo e do ensino secundário estando representados todos os anos de escolaridade desses ciclos do ensino português. As escolas onde foram recolhidos os dados pertenciam aos distritos do Porto e de Viseu, no norte de Portugal continental, e à Ilha da Madeira, no arquipélago português.

Instrumentos

Para medir a satisfação com a vida, foi utilizada a Escala de Satisfação com a Vida, que é uma versão traduzida e adaptada à realidade portuguesa da Satisfaction With Life Scale de Diener et al. (1985). Nessa escala a avaliação é feita por cinco itens do gênero: “Na maioria dos aspectos, a minha vida se aproxima do meu ideal

de vida”. A escala de resposta varia entre 1 (discordo completamente) e 5 (concordo completamente).

Para avaliar os comportamentos de saúde dos jovens foi utilizado o “Inventário de comportamentos relacionados com a Saúde dos adolescentes” desenvolvido por Corte-Real et al. (2004). Dentro dos comportamentos incluídos nesse questionário, apenas foram analisados os referentes ao exercício físico e ao consumo de tabaco.

Relativamente ao exercício físico foram consideradas duas categorias: 1) atividades como andar de bicicleta, correr, saltar à corda... e 2) prática de modalidades esportivas como handebol, atletismo, natação, basquete, volei, futebol, ginástica...

Os adolescentes responderam às seguintes perguntas: “Fora da Escola, com que frequência, intensidade e duração faz atividades como andar de bicicleta, correr, saltar à corda...?”, “Com que frequência, intensidade e duração pratica esporte fora da Escola?”, “Com que frequência fuma atualmente?”. Com base nas respostas dos adolescentes, foram criados três grupos diferentes (ver Quadro 1):

- Grupo I, constituído pelos jovens com comportamentos de risco elevado;
- Grupo II, constituído pelos jovens com comportamentos de risco mais moderado;
- Grupo III, constituído pelos jovens com comportamentos protetores da saúde.

Quadro 1 – Exercício físico, consumo de tabaco e os diferentes níveis considerados neste estudo

	Grupos	Níveis
	Exercício físico	I
II		Prática reduzida (prática no máximo, 2/3 x semana < 20 min. / sessão)
III		Prática regular (prática pelo menos, 2/3 x / semana > 20 min. / sessão)
Consumo de tabaco	I	Consumo regular (diário)
	II	Consumo irregular (no máximo, semanal)
	III	Consumo inexistente

Variáveis

As variáveis utilizadas no presente estudo foram: o *Sexo*; a *Idade*, agrupada em três escalões etários (12/15, 16/17 e > 17 anos); a *Área geográfica*, constituída em função das regiões onde estavam inseridas as escolas (Litoral e Interior – Norte de Portugal Continental; Ilha – Ilha da Madeira), a *Satisfação com a vida*, analisada em função da média das cinco opções de resposta; o *Exercício físico*; e o *Consumo de tabaco*.

Procedimentos estatísticos

O questionário teve leitura óptica no Laboratório de Psicologia da Faculdade de Desporto da Universidade do Porto, em Portugal, por meio de um programa informático “Teleform”. O tratamento estatístico foi efetuado no programa de análises estatísticas denominado Statistical Package for Social Science – Windows (SPSS) versão 14.0. Na análise dos dados foi utilizada uma estatística descritiva com apresentação das frequências para as variáveis nominais, médias e desvio-padrão para as variáveis contínuas. Recorreu-se ainda à análise da variância (Anova) seguida do teste de comparações múltiplas de Scheffé, sendo os níveis de significância considerados os de $P < 0,05$.

RESULTADOS

Satisfação com a vida e exercício físico

Andar de bicicleta, correr, saltar à corda...

No geral, os adolescentes que tinham uma prática regular de exercícios (como andar de bicicleta, correr, saltar à corda...) referiram maiores níveis de satisfação com a vida. No entanto, essa diferença era estatisticamente significativa apenas nas moças, nos adolescentes dos 16/17 anos e nos da Ilha (ver Tabela 1).

Tabela 1 – A satisfação com a vida em função do exercício físico (andar de bicicleta, correr, saltar à corda...)

	Grupo I	Grupo II	Grupo III	F teste	Scheffé
Amostra global	(n= 147) 3,16 ± ,78	(n= 648) 3,44 ± ,70	(n= 251) 3,49 ± ,61	F= 10,492 P< 0,000	I vs II: P< 0,000 I vs III: P< 0,000 II vs III: P= 0,066
Masculino	(n= 49) 3,33 ± ,70	(n= 233) 3,48 ± ,70	(n= 145) 3,58 ± ,75	F= 2,365 P= 0,095	
Feminino	(n= 98) 3,08 ± ,81	(n= 415) 3,42 ± ,70	(n= 106) 3,36 ± ,72	F= 8,661 P< 0,000	I vs II: P< 0,000 I vs III: P= 0,020 II vs III: P= 0,800
12/15 anos	(n= 45) 3,32 ± ,80	(n= 277) 3,56 ± ,71	(n= 138) 3,56 ± ,72	F= 2,331 P= 0,098	
16/17 anos	(n= 59) 3,11 ± ,75	(n= 224) 3,34 ± ,66	(n= 72) 3,42 ± ,82	F= 3,503 P= 0,031	I vs II: P= 0,080 I vs III: P= 0,042 II vs III: P= 0,701
> 17 anos	(n= 43) 3,08 ± ,80	(n= 147) 3,35 ± ,72	(n= 41) 3,37 ± ,71	F= 2,435 P= 0,090	
Litoral	(n= 31) 3,25 ± ,74	(n= 222) 3,42 ± ,70	(n= 96) 3,55 ± ,76	F= 2,416 P= 0,091	
Interior	(n= 21) 3,07 ± ,83	(n= 184) 3,40 ± ,71	(n= 69) 3,37 ± ,80	F= 1,846 P= 0,160	
Ilha	(n= 95) 3,16 ± ,80	(n= 242) 3,49 ± ,70	(n= 86) 3,51 ± ,68	F= 8,196 P< 0,000	I vs II: P= 0,001 I vs III: P= 0,004 II vs III: P= 0,963

Grupo I, comportamentos de risco elevado; Grupo II, comportamentos de risco mais moderado; Grupo III, comportamentos protetores da saúde.

Prática de esportes (handebol, atletismo, natação, basquete, volei, futebol, ginástica...)

No geral, os adolescentes que praticavam uma modalidade esportiva regularmente referiram maiores níveis de satisfação com a vida. Essa diferença foi estatisticamente significativa tanto nas moças como nos rapazes, nos adolescentes dos três escalões etários e nos das três áreas geográficas (ver Tabela 2).

Tabela 2 – A satisfação com a vida em função da prática de modalidades esportivas.

	Grupo I	Grupo II	Grupo III	F teste	Scheffé
Amostra global	(n= 148) 3,08 ± ,80	(n= 497) 3,46 ± ,68	(n= 253) 3,60 ± ,73	F= 25,698 P< 0,000	I vs II: P< 0,000 I vs III: P< 0,000 II vs III: P= 0,040
Masculino	(n= 21) 2,98 ± ,84	(n= 197) 3,47 ± ,64	(n= 160) 3,66 ± ,75	F= 9,825 P< 0,000	I vs II: P= 0,011 I vs III: P< 0,000 II vs III: P= 0,042
Feminino	(n= 127) 3,09 ± ,80	(n= 300) 3,46 ± ,71	(n= 93) 3,51 ± ,69	F= 13,136 P< 0,000	I vs II: P< 0,000 I vs III: P< 0,000 II vs III: P= 0,832
12/15 anos	(n= 56) 3,30 ± ,86	(n= 219) 3,57 ± ,70	(n= 131) 3,63 ± ,71	F= 4,211 P= 0,015	I vs II: P= 0,052 I vs III: P= 0,017 II vs III: P= 0,703
16/17 anos	(n= 54) 2,96 ± ,69	(n= 164) 3,38 ± ,65	(n= 75) 3,58 ± ,81	F= 12,801 P< 0,000	I vs II: P= 0,001 I vs III: P< 0,000 II vs III: P= 0,104
> 17 anos	(n= 38) 2,92 ± ,81	(n= 114) 3,39 ± ,67	(n= 47) 3,54 ± ,65	F= 9,221 P< 0,000	I vs II: P= 0,002 I vs III: P< 0,000 II vs III: P= 0,423
Litoral	(n= 42) 3,08 ± ,75	(n= 168) 3,47 ± ,72	(n= 104) 3,58 ± ,71	F= 7,508 P= 0,001	I vs II: P= 0,007 I vs III: P= 0,001 II vs III: P= 0,441
Interior	(n= 17) 2,80 ± ,86	(n= 171) 3,44 ± ,68	(n= 41) 3,68 ± ,77	F= 9,352 P< 0,000	I vs II: P= 0,002 I vs III: P< 0,000 II vs III: P= 0,139
Ilha	(n= 89) 3,13 ± ,81	(n= 242) 3,48 ± ,64	(n= 86) 3,59 ± ,74	F= 10,816 P< 0,000	I vs II: P= 0,001 I vs III: P< 0,000 II vs III: P= 0,497

Grupo I, comportamentos de risco elevado; Grupo II, comportamentos de risco mais moderado; Grupo III, comportamentos protetores da saúde.

É importante realçar o fato de que quanto mais intenso e estruturado era o exercício físico (do andar de bicicleta, correr e saltar à corda para a prática de uma modalidade esportiva), os níveis de satisfação com a vida apresentados eram significativamente maiores.

Satisfação com a vida e consumo de tabaco

No geral, os adolescentes que mais fumavam referiram menores níveis de satisfação com a vida. Essa diferença era estatisticamente significativa nas moças, nos adolescentes mais novos (12/15 e 16/17 anos) e nos das três áreas geográficas (ver Tabela 3).

Tabela 3 – A satisfação com a vida em função do consumo de tabaco

	Grupo I	Grupo II	Grupo III	F teste	Scheffé
Amostra global	(n= 84) 3,00 ± ,89	(n= 85) 3,24 ± ,80	(n= 876) 3,47 ± ,71	F= 18,640 P< 0,000	I vs II: P= 0,095 I vs III: P< 0,000 II vs III: P= 0,023
Masculino	(n= 33) 3,30 ± ,85	(n= 38) 3,36 ± ,84	(n= 361) 3,54 ± ,72	F= 2,306 P= 0,101	
Feminino	(n= 51) 2,80 ± ,86	(n= 47) 3,14 ± ,76	(n= 515) 3,42 ± ,69	F= 19,788 P< 0,000	I vs II: P= 0,062 I vs III: P< 0,000 II vs III: P= 0,036
12/15 anos	(n= 24) 3,10 ± ,94	(n= 24) 3,25 ± ,82	(n= 405) 3,59 ± ,70	F= 7,238 P= 0,001	I vs II: P= 0,772 I vs III: P= 0,006 II vs III: P= 0,086
16/17 anos	(n= 27) 2,79 ± ,83	(n= 35) 3,16 ± ,88	(n= 297) 3,39 ± ,68	F= 10,025 P< 0,000	I vs II: P= 0,122 I vs III: P< 0,000 II vs III: P= 0,191
> 17 anos	(n= 33) 3,09 ± ,89	(n= 26) 3,34 ± ,68	(n= 174) 3,32 ± ,72	F= 1,404 P= 0,248	
Litoral	(n= 19) 3,08 ± ,79	(n= 18) 3,08 ± ,79	(n= 310) 3,48 ± ,72	F= 4,816 P= 0,009	I vs II: P= 0,979 I vs III: P= 0,024 II vs III: P= 0,025
Interior	(n= 35) 3,03 ± ,99	(n= 29) 3,20 ± ,77	(n= 219) 3,43 ± ,70	F= 5,044 P= 0,007	I vs II: P= 0,666 I vs III: P= 0,014 II vs III: P= 0,297
Ilha	(n= 30) 2,90 ± ,84	(n= 38) 3,35 ± ,83	(n= 86) 3,49 ± ,70	F= 9,465 P< 0,000	I vs II: P= 0,040 I vs III: P< 0,000 II vs III: P= 0,527

Grupo I, comportamentos de risco elevado; Grupo II, comportamentos de risco mais moderado; Grupo III, comportamentos protetores da saúde.

DISCUSSÃO

Os resultados obtidos neste estudo indicam uma relação positiva entre o exercício físico e a satisfação com a vida, o que confirma as conclusões de Alves et al. (2004).

A escassez de trabalhos que analisassem a relação entre a satisfação com a vida e o exercício físico fez recorrer a estudos realizados com adolescentes portadores de necessidades educativas especiais. Desse modo e na mesma linha dos resultados do presente estudo, Carvalho (2005) e Esperança (2005) verificaram que os jovens com necessidades educativas especiais que praticavam esporte apresentavam valores superiores de satisfação com a vida relativamente aos que não praticavam.

No estudo de Carvalho (2005), os rapazes que tinham uma prática frequente de esporte eram mais satisfeitos com a vida do que os que não praticavam qualquer esporte, embora essa diferença não fosse significativa. Essa autora também verificou que os adolescentes do Litoral Norte de Portugal Continental que praticavam esporte regularmente eram mais satisfeitos com as suas vidas comparativamente aos do interior da mesma região do país e aos da Ilha da Madeira. Esperança (2005) encontrou que as moças dos 12/13 e maiores de 17 anos que praticavam esporte frequentemente tinham maiores níveis de satisfação com a vida. No presente estudo, com ênfase para a prática de uma modalidade esportiva, quanto mais ativos eram os adolescentes de ambos os sexos, dos três escalões etários e das três áreas geográficas, seus níveis de satisfação com a vida eram significativamente maiores comparativamente aos que não praticavam qualquer esporte.

Quanto ao consumo de tabaco, os resultados encontrados permitiram concluir que existe uma relação negativa entre o consumo de tabaco e a satisfação com a vida, o que vai de encontro ao achado por Zulling et al. (2001).

A inexistência de trabalhos que analisassem a relação entre a satisfação com a vida e o consumo de tabaco em função das variáveis sexo, idade e área geográfica na adolescência tornou impossível discutir os resultados obtidos neste estudo com os encontrados por outros autores.

É importante destacar que o delineamento do presente estudo não permite inferências sobre causas de satisfação com a vida. Embora tenha sido encontrada uma associação positiva com o exercício físico e negativa com o consumo de tabaco, não é possível garantir que os adolescentes estavam mais satisfeitos com a vida porque praticavam exercícios físicos regularmente ou não fumavam.

De qualquer modo, com o presente trabalho, parece ficar realçado que as diferenças de sexo, idade e área geográfica devem ser consideradas ao nível das estratégias de intervenção nos comportamentos de saúde dos jovens, particularmente o exercício físico e o consumo de tabaco, com vista à promoção de maiores níveis de satisfação com a vida.

CONCLUSÕES

Programas de intervenção na prática de exercício físico e no consumo de tabaco dos adolescentes devem ter em atenção as diferenças de sexo, idade e área geográfica para que possam mais eficazmente contribuir para o aumento dos seus níveis de satisfação com a vida. Nesse sentido, promover à juventude exercícios físicos suficientemente estimulantes para rapazes e moças e para as diferentes idades parece ser bastante oportuno. Também a criação de ambientes favoráveis e atrativos para a adoção de condutas positivas à saúde, especialmente nas regiões mais interiores, pode ajudar a aumentar os níveis de exercício físico estruturado e diminuir o envolvimento com condutas de risco para a saúde, como o tabagismo.

Satisfaction with life, physical exercise and tobacco consume in adolescents of different geographical areas of Portugal

ABSTRACT: Purpose: to analyse the levels of satisfaction with life in function of the physical exercise and tobacco consume of teenagers by gender, age and geographical area. Sample: 447 boys and 633 girls, between 12 and 20 years, of different geographical areas of Portugal. Satisfaction with life, physical exercise and tobacco consume were assessed by questionnaire. Main results: a) by gender, age and geographical areas, the most physically active teenagers were the most satisfied with life; b) the teenagers who smoked the most were the less satisfied with life especially in the feminine gender, youngster and different geographical areas. KEY WORDS: Satisfaction with life; physical exercise; tobacco; adolescence.

Satisfacción con la vida, ejercicio físico y consumo de tabaco en adolescentes de distintas áreas geográficas de Portugal

RESUMEN: Objetivo: analizar la satisfacción con la vida en función del ejercicio físico y del consumo de tabaco según sexo, edad y área geográfica de los adolescentes. Muestra: 447 chicos e 633 chicas, entre los 12 y los 20 años, de distintas áreas geográficas de Portugal. La satisfacción con la vida, lo ejercicio físico y lo consumo de tabaco fueran evaluados mediante cuestionário. Resultados: a) los chicos y chicas en todas las edades y en todas las áreas geográficas que realizaban deporte con frecuencia alcanzaron el nivel más alto de satisfacción con la vida; b) los adolescentes en todas las áreas geográficas que más fumavam tuvieron niveles menores de satisfacción con la vida, especialmente las chicas y los más jóvenes. PALABRAS CLAVES: Satisfacción con la vida; ejercicio físico; tabaco; adolescencia.

REFERÊNCIAS

ALVES, J. R. et al. A actividade física e desportiva e a satisfação com a vida. *Revista Portuguesa de Ciências do Desporto*, v. 4, n. 2, supl., p. 135-136, 2004.

BALAGUER, I.; CASTILLO, I. Actividad física, ejercicio físico y deporte en la adolescencia temprana. In: BALAGUER, I. (Ed.). *Estilos de vida en la adolescência*. Valencia: Promolibro, 2002, p. 37-64.

_____.; PASTOR, Y. Los estilos de vida relacionados com la salud en la adolescencia temprana. In: BALAGUER, I. (Ed.). *Estilos de vida en la adolescencia*. Valencia: Promolibro, 2002. p. 5-26.

CARVALHO, L. *A actividade física e a satisfação com a vida em adolescentes com necessidades educativas especiais*. Dissertação (Mestrado em Ciência do Desporto – Actividade Física Adaptada) – Faculdade de Ciências do Desporto e de Educação Física, Universidade do Porto, Porto, 2005.

CORTE-REAL, N.; BALAGUER, I.; FONSECA, A. *Inventário de comportamentos relacionados com a saúde dos adolescentes*. Porto: Laboratório de Psicologia do Desporto da Faculdade de Ciências do Desporto e de Educação Física da Universidade do Porto, 2004.

_____. et al. Um olhar sobre os estilos de vida de vida dos adolescentes portugueses: a actividade física, os consumos e a importância das relações com os amigos. *Revista Portuguesa de Ciências do Desporto*, v. 4, n. 2, supl., p. 138, 2004.

DIENER, E. Subjective Well-Being. *Psychologist Bulletin*, v. 95, n. 3, p. 542-575, 1984.

_____. et al. The Satisfaction With Life Scale. *Journal of Personality Assessment*, v. 49, n. 1, p. 71-75, 1985.

_____. Subjective Well-Being – The Science of Happiness and a Proposal for a National Index. *American Psychologist*, v. 55, n. 1, p. 34-43, 2000.

ESPERANÇA, J. *Actividade física, comportamentos de saúde e satisfação com a vida*. Estudo realizado em Jovens com Necessidades Educativas Especiais de várias escolas do País. Dissertação (Mestrado em Ciência do Desporto – Actividade Física Adaptada) – Faculdade de Ciências do Desporto e de Educação Física, Universidade do Porto, Porto, 2005.

EUROPEAN COMMISSION. *Study on young people's lifestyles and sedentariness and the role of sport in context of education and as a mean of restoring the balance*. Paderborn, Alemanha: CE, 2004.

FERRÃO, J. Relações entre mundo rural e mundo urbano: evolução histórica, situação actual e pistas para o futuro. *EURE*, v. 26, n. 78, 2000.

FRAGA, S.; RAMOS, E.; BARROS, H. Uso de tabaco por estudantes adolescentes portugueses e fatores associados. *Revista de Saúde Pública*, v. 40, n. 4, p. 620-626, 2006.

GLOBAL YOUTH TOBACCO SURVEY COLLABORATING GROUP. Differences in World-wide Tobacco Use by Gender: Findings from the Global Youth Tobacco Survey. *Journal of School Health*, v. 73, n. 6, p. 207-215, 2003.

HUEBNER, E. Preliminary Development and Validation of a Multidimensional Life Satisfaction Scale for Children. *Psychological Assessment*, v. 6, n. 2, p. 149-158, 1994.

_____.; SULDO, S.; VALOIS, R. *Psychometric Properties of two Brief of Children's Life Satisfaction: The Students Life Satisfaction Scale (SLSS) and the Brief Multidimensional Students Life satisfaction Scale (BMSLSS)*. Paper prepared for the Indicators of Positive Development Conference. March 12-13. 2003. Disponível em: <<http://www.childtrends.org/Files/HuebnerSuldoValoisPaper.pdf>>. Acesso em: 14 fev. 2008.

INQUÉRITO NACIONAL DE SAÚDE. *4º Inquérito Nacional de Saúde – 2005/2006*. 2007. Disponível em: <http://www.ine.pt/portal/page/portal/PORTAL_INE/Destaques?DESTAQUESdest_boui=6449883&DESTAQUESmodo=2>. Acesso em: 2 nov. 2007.

MARIOVET, S. Hábitos desportivos na sociedade portuguesa. *Ludens*, v. 13, n. 3-4, p. 84-91, 1993.

MATHERS, C.; LONCAR, D. Projections of Global Mortality and Burden of Disease from 2022 to 2030. *PloS Medicine*, v. 3, n. 11, e442, 2011-2030, 2006.

MATOS, M. et al. *A saúde dos adolescentes portugueses*. Lisboa: FMH/PEPT, 1998.

MATOS, M. et al. *Os jovens portugueses e o tabaco*. Lisboa: FMH/PEPT/GPT, 2001.

MATOS, M. et al. *Adolescentes e o consumo de tabaco: rapazes e raparigas*. Lisboa: Edições FMH, 2003a.

MATOS, M. et al. *A saúde dos adolescentes portugueses*. Lisboa: FMH/PEPT, 2003b.

_____.; SIMÕES, C.; CANHA, L. Saúde e estilos de Vida em Jovens Portugueses em Idade Escolar. In: SARDINHA, L.; MATOS, M.; LOUREIRO, I. (Eds.). *Promoção da saúde, modelos e práticas de intervenção nos âmbitos da actividade física, nutrição e tabagismo*. Lisboa: Edições FMH, 1999. p. 217-240.

MOTA, J. A escola, a educação física e a educação da saúde. *Horizonte*, v. VIII, n. 48, p. 208-212, 1992.

_____.; SALLIS, J. *Actividade física e saúde: factores de influência da actividade física nas crianças e nos adolescentes*. Porto: Campo das Letras, 2002.

MROCZEK, D.; KOLARZ, C. The effect of age on positive and negative affect: a developmental perspective on happiness. *Journal of Personality and Social Psychology*, v. 75, n. 5, p. 1.333-1.349, 1998.

MYERS, D. *Happiness*. Excerpted from Psychology 7th Edition. New York: Worth Publishers, 2004. Disponível em: <<http://www.davidmyers.org/Brix?pagelD=48>>. Acesso em: 30 jan. 2007.

_____.; DIENER, E. Who is happy? *Psychological Science*, v. 6, n. 1, p. 10-19, 1995.

NETO, F. The satisfaction with life scale: psychometrics properties in adolescent sample. *Journal of Youth and Adolescence*, v. 22, n. 2, p. 125-135, 1993.

RIOS, S.; ROSAS, M.; MACHADO, P. A exposição ao fumo passivo e os hábitos tabágicos numa escola secundária. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, v. 5, n. 1, p. 143-160, 2005.

ROSA ALCÁZAR, A. et al. Educación para la salud. In: ORTIGOSA QUILES, J.; QUILES SEBASTIÁN, M.; MÉNDEZ CARRILLO, F. (Coords.). *Manual de Psicología de la Salud com Niños, Adolescentes y Familia*. Madrid: Ediciones Pirámide, 2003. p. 265-284.

RYFF, C.; KEYES, C.; SHMOTKIN, D. Optimizing Well-Being: The empirical Encounter of Two Traditions. *Journal of Personality and Social Psychology*, v. 82, n. 6, p. 1.007-1.022, 2002.

TOMÁS, I.; ATIENZA, F. El consumo de tabaco y otras drogas no institucionalizadas en la adolescencia temprana. In: BALAGUER, I. (Ed.). *Estilos de vida en la adolescencia*. Valencia: Promolibro, 2002. p. 111-133.

U. S. DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES. *Physical Activity and Health: A report of the Surgeon General*. Atlanta: U. S. Dept of Health and Human Services, 1996.

ZULLING, K. et al. Relationship between perceived life satisfaction and adolescent's substance abusive. *Journal of Adolescent Health*, v. 29, n. 4, p. 279-88, 2001.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. *The European Health Report*. WHO Regional Publications. European series, n. 97, 2002a.

_____. *The World Health Report 2002: reducing risks, promoting health life*. Geneva: WHO, 2002b.

_____. *Young People's Health in Context*. Healthy Behaviour School Aged Children (HBSC) Study: International report from the 2001/2002 Survey. Copenhagen: WHO, 2004.

Recebido: 28 mar. 2008

Aprovado: 18 jun. 2008

Endereço para correspondência
Marília Moraes
Rua da Castanheira, 1.096 – Rio Tinto
Portugal
4435-155