

## **Pontes entre Saúde e Lazer: Um percurso diferenciador de perfis**

*Luísa R. Santos<sup>1</sup>, Salomé Ferreira<sup>1</sup> & J.L. Pais-Ribeiro<sup>2</sup>*

<sup>1</sup>Instituto Politécnico de Viana do Castelo, Escola Superior de Saúde;

<sup>2</sup>Universidade do Porto, FPCE

A partir de meados do século XX, os comportamentos associados a fatores de risco para a saúde, tornaram-se responsáveis por um grande número de doenças e de mortes, sobretudo em pessoas jovens. Os comportamentos de risco, individuais e muitas vezes controláveis, nocivos para a saúde, chamam cada vez mais a atenção para o estilo de vida das pessoas, alertando para a importância da modificação de comportamentos, tais como o consumo substâncias psicoativas, a alimentação, o número de horas de sono, a prática de exercício físico, entre outros (Pádua, 1999; Richmond, 1979).

Se a primeira revolução da saúde teve como alvo a prevenção das doenças, a partir da década de 70, com o surgimento da segunda revolução que se centrava na saúde propriamente dita, considerada um marco teórico da psicologia da saúde, conduziu a alterações significativas dos paradigmas existentes (transição do modelo biomédico para o biopsicossocial). Saliente-se que nos países desenvolvidos, o comportamento humano era a principal causa de morbilidade e de mortalidade (Ribeiro, 1998, 2000; Richmond, 1979).

A promoção da saúde é definida pela Organização Mundial de Saúde (1986) como um processo que visa capacitar as pessoas para aumentar o controlo e melhorar a sua saúde, assim como a dos grupos de pertença. Este vasto conceito inclui também os estilos de vida e outros fatores sociais, económicos e ambientais que influenciam a saúde. Tem, ainda, implícita uma estratégia de mediação entre o indivíduo e o meio envolvente, possibilitando uma escolha individual e a corresponsabilidade no desenvolvimento de um ambiente saudável. O aumento do controlo e da responsabilidade pessoal sobre o estilo de vida é um conceito desenvolvimental e dinâmico que tem associada a ideia de que a saúde se pode desenvolver ao longo da vida. Dentro desta perspectiva, o papel do sujeito relativamente ao seu estilo de vida é ativo e facilita a adoção (ou não) de comportamentos adequados à sua saúde (Rey, 2004; Thomas & Castro, 2012).

Neste sentido, os estilos de vida individuais, elaborados durante a infância e a adolescência, podem afetar a saúde e o modo de vida dos adultos. Escolhas saudáveis e padrões de comportamento adotados em estádios mais precoces vão frequentemente manter-se ao longo da vida adulta (Faria, 2002; Mc Bride, Midford, & Cameron, 1999). Mas, novos desafios são colocados à promoção da saúde, nomeadamente o de capacitar os profissionais e as famílias no sentido de serem um suporte aos adolescentes, despertando estes últimos para a procura de diferentes opções e estratégias alternativas para lidar com os acontecimentos de vida (Matos, 2008).

A modificação dos comportamentos de saúde poderá ter efeitos positivos tais como: Aumentar a longevidade e a expectativa geral de vida dos indivíduos; reduzir o número de mortes ocasionadas por doenças relacionadas com o estilo de vida; e aumentar o número de anos durante os quais uma pessoa pode gozar a vida, sem complicações inerentes a estados de doença crónica. Considerando que o conceito de saúde incorpora igualmente conhecimentos, crenças e valores, bem como atividades, alterando-se de acordo com o contexto pessoal e social ou com o histórico e o cultural. O desenvolvimento de intervenções nesta área poderá passar por práticas de resolução de problemas, por um equilíbrio entre trabalho e lazer ou pela utilização de períodos de descontração em situações geradoras de stresse, entre outras (Ribeiro, 2005; Taylor, 1999).

Um número significativo de autores considera que a expectativa de vida, nas sociedades desenvolvidas, se encontra mais relacionada com uma boa nutrição, com a prática de exercício físico e com a promoção da saúde, do que com o tratamento das doenças propriamente dito. Consideram assim que *bons* resultados em saúde se obtêm vivendo em ambientes saudáveis e com *bons* hábitos de saúde, um dos quais é ter prazer no lazer, querendo desta forma dizer, divertir-se.

Segundo Godbey (1999), vários estudos revelam haver uma relação entre estilos de vida ativos e um bom estado de saúde, sugerindo também que pessoas com bom estado físico são mais capazes de gozar a vida na sua plenitude, encontrando-se menos vulneráveis e com taxas mais baixas de doenças cardíacas. Por outro lado, parece que, até certo ponto, os comportamentos de saúde se podem transmitir de uma geração para outra, reconhecendo-se assim a possível existência de um processo de reprodução social de desigualdades socioeconómicas nos comportamentos de saúde.

Além disso, tem sido destacado o estatuto social como tendo grande impacto para a saúde em geral (Aaro, 1997). Outro fator que pode ter um impacto significativo, moderando os efeitos negativos do stresse, é o apoio social percebido, ou seja, aquele que o indivíduo percebe como disponível (se precisar dele), quando associado à prática de atividades de lazer e às predisposições do indivíduo para o mesmo (Ribeiro, 1999). De facto a literatura mostra que nos períodos de maior stresse, o suporte social pode atuar como um fator protector dos seus efeitos, podendo constituir-se como uma variável protectora da saúde (Lutgendorf et al., 2008; Santos, Pais-Ribeiro, & Lopes, 2003). A satisfação com o suporte social na opinião de Coelho e Ribeiro (2000) é sugerida como tendo um papel importante na resistência psicológica ao stresse encontrando-se relacionado com a percepção subjetiva de bem-estar e, o suporte social percebido.

Para além disso, de acordo com outros estudos, está relacionado com uma maior adaptação à doença e uma maior taxa de sobrevivência.

Como refere Aaro (1997), os comportamentos de saúde variam ao longo da vida, sendo os bons hábitos mais frequentes na infância, deteriorando-se depois na adolescência e na juventude e melhorando outra vez, com o amadurecimento. O dano acumulado causado por estes comportamentos pode não ser aparente durante anos e poucas são as crianças ou os adolescentes que se preocupam com a projeção da sua saúde quando tiverem 40 ou 50 anos. Esta despreocupação face ao futuro faz com que os maus hábitos que, por vezes proporcionam prazer, tenham a possibilidade de *ficar para durar*. No entanto, os comportamentos que, por vezes, são adotados como estilo de vida, instalam-se ao longo da mesma e levam a que surjam doenças associadas (Ribeiro, 2007).

Os comportamentos de saúde também variam com os fatores demográficos, tendo-se encontrado melhores hábitos de saúde não só nos mais novos, mas igualmente nos mais abastados, nos que têm maior nível de educação, nas pessoas com níveis mais baixos de stresse nos que têm níveis mais altos de suporte social (Aaro, 1997; Taylor, 1999). Salienta-se por fim que, a comunicação social se assume como um fator de grande impacto tanto na socialização como na educação para a saúde sendo, por vezes, responsável pelo assumir de determinados comportamentos pelas pessoas (Ribeiro, 2007).

As atividades de lazer e as preferências individuais têm sido alvo de estudo e, neste sentido, Ouelet (1995) considera que a saúde dos indivíduos, o seu desenvolvimento integral, nomeadamente nas dimensões físicas, mentais, afetivas e sociais, e a aquisição de comportamentos saudáveis e equilibrados são benefícios naturalmente relacionados com o lazer. As atitudes favoráveis em relação a este aparecem muitas vezes associadas a crenças que influenciam positivamente a saúde e o bem-estar das pessoas. Por outro lado, verifica-se uma cada vez maior evidência científica acerca dos efeitos negativos associados a algumas formas de lazer. Assim, poder-se-ia questionar até que ponto e em que condições, algumas formas de lazer poderiam causar a doença mais do que a saúde, a dependência mais do que a autonomia, a depressão mais do que o otimismo, a desadaptação mais do que o ajustamento (e.g. quando a ligação o jogo se torna uma dependência limitando a vida pessoal, familiar e escolar; ou, quando num *novo mundo virtual* alguns dos mais vulneráveis se transformam em vítimas).

Os conceitos acima mencionados encontram-se intimamente relacionados com a qualidade de vida, conforme um grande número de trabalhos de investigação demonstra. Através destes tornou-se visível que o lazer pode causar um grande impacto na qualidade de vida. Como refere Ribeiro (2009), a importância da qualidade de vida, é indiscutível, quer relativamente a populações saudáveis quer a populações portadoras de doença.

O lazer pode ser visto como uma forma de melhorar a qualidade de vida da comunidade e do indivíduo através de atividades recreativas ou culturais. No entanto, Mannell e Kleiber (1999) salientam a importância de alguma predisposição para determinadas atividades, que acompanham o indivíduo ao longo da vida. Além disso, referem que esta predisposição pode ser transgeracional relativamente a alguns comportamentos de saúde.

Ao ser utilizado na vida quotidiana de cada pessoa, o lazer pode contribuir para a sua saúde. Por outro lado, ao ser usado como um instrumento pode conduzir a determinados resultados em saúde. Em qualquer dos casos tem de ser previamente *descoberto*. De acordo com Iso-Ahola e Mannell (1985), esta descoberta pode acontecer a diferentes níveis, nomeadamente, o cognitivo, o afetivo e o comportamental, variando estes de indivíduo para indivíduo.

A nível cognitivo é necessária uma aquisição de informação acerca do lazer ou uma tomada de consciência do seu potencial de mudança. Quando a descoberta implica gostar do lazer em geral e de algumas experiências em particular, entramos no nível afetivo. Por último, o nível comportamental envolve a tomada de consciência de ser capaz de desenvolver novos comportamentos de lazer. Contudo, nem todas as pessoas acedem a todos estes níveis.

Têm sido reconhecidos ainda benefícios do lazer, particularmente para o bem-estar psicológico, para o aumento da autoestima e para o desenvolvimento de recursos adaptativos da personalidade (Caltabiano, 1995; Freire, 2004).

Como refere Diamond (1984), um estilo de vida ativo em lazer promove a saúde através da participação em várias atividades que, através da ativação das competências cognitivas, físicas e sociais de cada um, levam a uma recompensa intrínseca (e.g. alguns gostam de fazer *puzzles*, outros voltam a estudar, outros preferem conviver). O fator determinante é a estimulação, na qual a curiosidade desempenha o papel principal. Se uma pessoa mantém a curiosidade durante a vida, isto estimulará a sua apetência para novas situações.

O lazer pode ser um entre os diversos tipos de recursos e de estratégias de *coping*, que tem sido considerado como um meio importante para ajudar as pessoas a lidar com o *stresse* a manter ou melhorar a sua saúde (Caltabiano, 1994; Coleman, 1993; Coleman & Iso-Ahola, 1993; Iwasaki, 1998, 2006). O facto da participação em atividades de lazer promover a saúde e o bem-estar reveste-se da maior importância no sentido de alertar os intervenientes da comunidade, com poder de decisão, para a necessidade de se criarem os meios que possibilitem a prática desse tipo de actividade.

Alguns estudos mostram uma relação direta entre o lazer e a melhoria do estado de saúde, associando-a essencialmente à liberdade percebida e à motivação intrínseca para o lazer (Iwasaki, 1998; Neulinger, 1982; Weissinger & Iso-Ahola, 1984). Outros abordam a satisfação das necessidades psicológicas das pessoas, através das suas experiências de lazer e a influência destas na saúde e no crescimento do indivíduo (Tinsley & Tinsley, 1986); bem como o papel do *lazer* na redução do stresse; na melhoria do *bom humor*; ou no escape à rotina diária (Caltabiano, 1994; Iso-Ahola, 1989). Segundo Iso-Ahola (1997) um estilo de lazer ativo, por oposição a um estilo de lazer passivo ou sedentário, funciona como um amortecedor contra o stresse mantendo assim a saúde física e mental.

A investigação tem demonstrado, de forma consistente, que a atividade física diminui significativamente a probabilidade de cada pessoa ter doença cardíaca e, algumas formas de cancro, aumentando as possibilidades de maior longevidade individual. Em contrapartida, a falta de exercício físico tem sido considerada como um fator de risco primário para a doença coronária, ao mesmo nível que o fumar, a obesidade, a hipertensão e o colesterol (McGinnis, 1991). Neste sentido, a atividade física ajuda a *lidar* com o stresse (e, ao fazê-lo, de certo modo, permite diminuir o tabagismo e as doenças a ele ligadas), prevenindo a osteoporose e contribuindo para controlar o peso e o nível da

pressão arterial. Por estranho que pareça, o sedentarismo é, na atualidade, nos países desenvolvidos, o fator de risco mais prevalente (Pádua, 1999). A literatura mostra que as atividades de lazer promovem o humor positivo e ajudam a ultrapassar momentos de solidão levando a níveis mais elevados de bem-estar (Freire, 2004).

Quer a participação em atividades físicas quer no lazer em geral têm efeitos positivos na saúde mental (e.g. melhoria do bem-estar psicológico, da autoestima, do autoconceito positivo, da interação social, da satisfação com a vida, da felicidade e diminuição da depressão) (Iso-Ahola, 1994; Iwasaki, 2007). Alguns autores corroboram esta ideia ao referirem que as pessoas que estão mais ativamente envolvidas em determinadas atividades de lazer são mais imunes ao stresse, ou seja, ao reduzirem o nível de stresse diminuem a probabilidade e/ou agravamento da doença (Mannell & Kleiber, 1999; Freire, 2004).

No que concerne às tecnologias Santos e Ferreira (2011) consideram que estas alteram a relação das pessoas com o espaço e, numerosos estudos revelam que crianças e adolescentes são particularmente vulneráveis à influência das mesmas. Além disso, pode ser atribuído às tecnologias um potencial desencadeador de violência, de outros comportamentos antissociais, ou mesmo de dependência.

Matos (2008) refere que as relações sociais entre adolescentes se têm alterado em função do desenvolvimento das tecnologias que consequentemente tem feito com que alguns jovens saiam menos à noite, se afastem mais do mundo real, usando preferencialmente e com maior frequência os computadores como espaço de socialização, atribuindo à realidade virtual maior valor no seu dia-a-dia. Esta dimensão está a tomar proporções alarmantes com repercussões na saúde pública e na economia da saúde (Sardinha, 2012).

No seguimento do acima mencionado, as novas tecnologias proporcionam grande número de oportunidades aos jovens, contribuindo progressivamente para um aumento do recurso a actividades mais sedentárias. Deste modo, muitos jovens preferem a realidade virtual considerando a sua existência como real. Para tal, destacamos em particular jogos como os MMOG (*Massive Multiplayer Online Games*) que lhes permitem estar em contacto com milhares de parceiros dispersos por todo o planeta em simultâneo e assumir personagens diferentes. Esta preferência constitui-se numa parte não negligenciável do estilo de vida de um número considerável e crescente de indivíduos (Matos, 2008; Meneses, 2012). Por outro lado, uma outra modalidade, comparável com os MMOG, surgiu no ano 2000, e designa-se por *geocaching*. Esta utiliza também as dinâmicas próprias das redes sociais, além das tecnologias de orientação. Esta prática desenvolvida em espaço geográfico junta o mundo digital com o mundo real, a *internet* e as redes sociais em ambiente *web* com o espaço geográfico tradicional em que se vive. Pelo exposto podemos constatar que estas tecnologias não se associam apenas a estilos de vida sedentários, já que poderão incentivar a saída de casa, os passeios a pé, a realização de viagens individualmente ou em grupo (amigos ou em família), interagindo com uma rede de praticantes, com o objectivo de encontrar *tesouros escondidos*, ou tão somente novos desafios (Fernandes, 2012, 2013).

### Identificação de diferentes perfis de lazer

Santos (2004), num dos estudos de investigação desenvolvidos, no qual participaram 423 jovens do ensino superior público da zona norte de Portugal, identificou diferentes categorias, perfis e atividades de lazer.

No tocante à síntese dos principais resultados obtidos no estudo acima referido, importa destacar que, no respeitante às atividades de lazer, estas foram inicialmente agrupadas em seis grandes categorias: Os *media*; as *atividades sociais*; as *desportivas*; os *acontecimentos culturais*; as *atividades de ar livre* e os *passatempos*. Através de uma análise de *clusters* verificou-se a existência de grupos de estudantes que constituíram quatro perfis de lazer diferentes.

O primeiro grupo identificado adotava um estilo de lazer mais ativo e diversificado, caracterizado pela elevada frequência em todas as categorias de atividades analisadas, tendo todas elas lhes proporcionado satisfação.

O segundo grupo mostrou um perfil com uma configuração algo semelhante à anterior, caracterizando-se pela elevada realização de atividades pertencentes somente a duas das categorias - as desportivas e as sociais. Pode dizer-se então que os jovens classificados neste perfil têm um estilo de lazer ativo, mais focalizado no social e no desportivo.

O terceiro grupo apresentou um perfil com uma configuração um pouco diferente das anteriores, sendo que os jovens classificados neste perfil realizaram atividades essencialmente em duas categorias de lazer - os acontecimentos culturais e os passatempos. Este estilo poderá dizer-se menos ativo do que os anteriores, por implicar menor número de atividades.

O último perfil apresenta-se no pólo oposto ao primeiro e reflete, sobretudo, um menor índice de realização em todas as categorias de atividades e, simultaneamente, de satisfação na realização das mesmas, uma vez que estes jovens raramente as fazem e, quando as realizam não gostam.

No cômputo geral, os resultados da análise de *clusters* deste estudo permitem concluir que o lazer é uma área complexa e, para além disso, demonstraram que a caracterização de estilos de lazer pode apresentar configurações específicas, em função do nível de atividade desenvolvida. Só em dois dos grupos (o dois e o três), as diferenças refletem de facto atividades distintas. Parece, assim, que a diferenciação se faz, sobretudo, em relação a níveis de maior ou menor atividade, mais do que através da especificidade das atividades concretas. O que vai no sentido de outras investigações que referem que estilos de lazer mais ativos se relacionam com melhores níveis de saúde e menores níveis de *stress*, contrariamente a estilos mais sedentários (Iso-Ahola, 1997). É ainda de realçar que, o grupo menos ativo se distingue dos restantes por um aumento da *depressão*.

### Educação para o lazer

Para dar resposta às necessidades em lazer na nossa sociedade torna-se evidente que a importância de nos focalizarmos nos fundamentos do lazer, e mais especificamente na educação para o lazer, procurando promover o desenvolvimento de atitudes, conhecimentos, capacidades e comportamentos que fomentem a satisfação com as

atividades de lazer e criem oportunidades para incrementar estilos de vida ativos.

Vários estudos referidos por Mundy (1998) ao analisarem o saber que as pessoas têm sobre o lazer, mostram que uma grande parte destas não conhece o verdadeiro significado da palavra, sendo visíveis alguns problemas com o lazer, sobretudo no que se refere à forma como é utilizado. Outros conhecem um grande número de atividades recreativas mas, raramente experienciam um nível de realização tão elevado durante os seus tempos livres. Esta situação advém de um passado limitado neste âmbito, bem como de condições tradicionalmente inexistentes no tocante a áreas de diversão, predominando as atividades localizadas no espaço doméstico, passivas e/ou restritas a um pequeno conjunto de experiências individuais.

Partindo do pressuposto que a conjugação entre o papel da família e o da escola, por serem instituições de socialização básica na sociedade, implica o envolvimento dos seus membros no alcançar de um bom nível de conhecimento, atitudes e comportamentos de lazer, sendo fundamental a aposta em programas inovadores que promovam a participação dos indivíduos, (e.g. desportos náuticos, de defesa pessoal, a prática do *geocaching*, entre outros). De facto, estes programas poderão contribuir para a inclusão dos jovens em actividades tal como propõe Matos (2008) ao afirmar que a participação em intervenções enquanto pares ou parceiros é essencial para a melhoria dos estilos de vida saudáveis.

Conjuntamente com Mundy (1998) defendemos que apesar da globalização, a realidade está em mudança permanente, não permitindo em muitos pontos do globo a satisfação das necessidades básicas fundamentais. Mas, nas áreas geográficas em situação mais vulnerável, só após a satisfação destas necessidades seria possível beneficiarem das vantagens associadas à recreação e ao lazer.

Crianças e jovens estão a crescer com menos capacidades recreativas e de lazer e as escolas, por razões economicistas e devido a necessidades de desenvolvimento noutras áreas importantes (como a leitura, a escrita ou a matemática), têm valorizado menos a recreação e o lazer, que têm ficado arredadas dos interesses principais da sociedade. Por outro lado, cada vez mais instituições de ensino, incluindo o superior, têm mostrado preocupação por encontrar formas que promovam o envolvimento dos estudantes em atividades de lazer (Evans, Hartman, & Anderson, 2012).

Áreas como as artes, a música, a participação em desportos ou em atividades culturais, estão a ficar cada vez mais fora das opções curriculares e das famílias. Estas últimas, por se defrontarem frequentemente com debilidades socioeconómicas, não possuem recursos para compensar a ausência da recreação e do lazer no sistema educativo, sendo pouco incentivado o desenvolvimento de atitudes positivas, de interesses e de capacidades relativas ao lazer. Assim, e nesta perspetiva de educação para o lazer, torna-se importante a participação conjunta da família, da escola, e de outros serviços da comunidade, fomentando o desenvolvimento de um lazer significativo e enriquecedor (Mundy, 1998).

Todavia, quando o tempo e o dinheiro são escassos e se sente que na vida tudo acontece a correr, sob pressão e com elevados níveis de stresse, então o desenvolvimento de estratégias de lazer pode ser um elemento decisivo que faça a diferença, mas para isso teria de ser previamente considerado.

No fundo, o lazer abrange a área da socialização, possibilitando a aprendizagem de padrões de relacionamento, especificamente a integração social nas suas vertentes de pertença a uma determinada categoria social e de afirmação pessoal em relação aos outros e aos seus estilos de vida, sobretudo, desenvolvendo-os de uma forma saudável. A função do lazer na promoção da saúde é uma das mais frequentemente enunciadas merecendo um lugar de destaque.

A título de conclusão e, de acordo com Santos e Ribeiro (2005), a educação para o lazer poderá vir a ter grande importância na sociedade futura, que se caracteriza por estilos de vida cada vez mais apressados, com escassos momentos para repouso e para a descoberta de novas formas de usufruir do lazer como um desafio salutar. Por outro lado, a grande facilidade e competência face às tecnologias a elas associadas por parte dos jovens, apesar de existir alguma dificuldade por parte dos adultos no seu controlo. Além disso, a educação para o lazer poderá transformar as práticas antigas em novas formas de estar, que promovam o bem-estar e a saúde dos jovens e sejam apreciados por estes. Torna-se importante referir ainda que, uma versão terapêutica de educação para o lazer poderá auxiliar no processo de lidar com conflitos quer no sistema familiar quer em contexto escolar, podendo constituir-se num desafio para as escolas, para as famílias e para os próprios jovens.

## Bibliografia

- Aaro, L.E. (1997). Adolescent lifestyle. In A. Baum, S. Newman, J. Weinman, R. West, c. McManus (Eds.), *Cambridge Handbook of Psychology, Health and Medicine* (pp 65-68). Cambridge: Harvard University Press.
- Albuquerque, T.M. (1999). Lazer e desenvolvimento na adolescência numa perspetiva da Psicologia Social: teoria, investigação e intervenção. *Tese de Doutoramento*. Braga: Universidade do Minho.
- Caltabiano, M.L. (1994). Measuring the similarity among leisure activities based on a perceived stress-reduction benefit. *Loisir et Société/Leisure Studies*, 13, 17-31.
- Caltabiano, M.L. (1995). Main and stress-moderating health benefits of leisure. *Loisir et Société/Society and Leisure*, 18 (1), 21-52.
- Coleman, D. (1993). Leisure based social support, leisure dispositions and health. *Journal of Leisure Research*, 25 (4), 350-361.
- Coleman, D., & Iso-Ahola, S.E. (1993). Leisure and health: The role of social support and self-determination. *Journal of Leisure Research*, 25 (1), 111-128.
- Csikszentmihalyi, M. (1990). *Flow: The psychology of optimal experience*. New York: Harper.
- Diamond, M. (1984). A love affair with the brain. *Psychology Today*, 62-73.
- Faria, H.E. (2002). *Escolas promotoras de saúde: fatores críticos para o sucesso da parceria Escola-Centro de Saúde*. Dissertação de Mestrado. Braga: Universidade do Minho.

- Fernandes, J. (2012). Tecnologia, Georeferenciação e novas territorialidades-o caso do geocaching. *Cadernos de Geografia*, 30/31, 171-180. Coimbra: FLUC
- Fernandes, J. (2013). Geocaching, novas práticas espaciais e potencial modelação da imagem dos lugares. *Espaço e Geografia*, 16(1), 279-305
- Freire, T. (1989). Lazer e desenvolvimento humano. *Jornal de Psicologia*, 8, 27-31.
- Freire, T. (2004). Psicologia social do lazer. In F. Neto (Coord), *Psicologia social aplicada* (309-346). Lisboa: Universidade Aberta.
- Godbey, G. (1999). *Leisure in your life: an exploration*. State College, PA: Venture Publishing.
- Iso-Ahola, S.E. (1989). Motivation for leisure. In E. Jackson & T. Burton (Eds), *Understanding leisure and recreation: Mapping the past, charting the future* (245-279). College, PA: Venture.
- Iso-Ahola, S.E. (1994). Leisure.lifestyle and health. In D.M. Compton, & S.E. Iso-Ahola (Eds), *Leisure and mental health* (42-60) Park City, UT: Family Development Resources.
- Iso-Ahola, S.E. (1997). A psychological analysis of leisure and health. In J.T. Haworth (Ed.), *Work, leisure and well-being* (131-144). London: Routledge.
- Iso-Ahola, S.E., & Mannell, R.C. (1985). Social and psychological constraints on leisure. In M.G. Wade (Ed), *Constraints on leisure*, (11-51). Springfield: Charles C. Thomas.
- Iwasaki, Y. (1998). *Leisure and stress-coping: reconceptualizations and analyses*. Waterloo: Waterloo University (Tese de Doutoramento).
- Iwasaki, Y. (2006). Counteracting stress through leisure coping: A prospective health study. *Psychology, Health & Medicine* 11, (2), 209-220.
- Iwasaki, Y. (2007). Leisure and quality of life in an international and multicultural context: What are major pathways linking leisure to quality of life? *Journal Social Indicators Research*, 82, (2), 233-264.
- Mannell, R.C., & Kleiber, D.A. (1999). *A social psychology of leisure*. State College, PA: Venture Publishing.
- Matos, M.G. (2008). A saúde do adolescente: O que se sabe e quais são os novos desafios. *Análise Psicológica*, 2(27), 251-263.
- McBride, N., Midford, R., & Cameron, I. (1999). An empirical model for school health promotion: the west, *Health Promotion Journal of Australia*, 5, 11-16.
- McGinnis, J. (1991). Health objectives for the nation. *American Psychologist*, 46, 520-524.
- Meneses, R. (2012). Massively multiplayer online role-playing games (mmorpg): um desafio à promoção da saúde? *Psicologia, Saúde & Doenças*, 12 (suplemento), 113
- Mundy, J. (1998). *Leisure education: theory and practice*. Florida: Sagamore Publishing
- Neulinger, J. (1982). Leisure lack and the quality of life. *Leisure Studies*, 1, 53-63.
- Ouelet, G. (1995). Loisir, Santé et Fonctionnement Humain, *Loisir et Société*, 18, 11-13.
- Pádua, F. (1999) *Promoção da saúde e prevenção de doenças não transmissíveis*. Lisboa: Instituto Nacional de Cardiologia Preventiva.
- Rey, F. (2004). *Personalidade, saúde e modo de vida*. São Paulo: Thomson
- Ribeiro, J.L.P. (1998). *Psicologia e saúde*. Lisboa: Instituto Superior de Psicologia Aplicada.
- Ribeiro, J.L.P. (1999). Escala de satisfação com o suporte social (ESSS). *Análise Psicológica*, 3 (8), 547-558.
- Ribeiro, J.L.P. (2000). A Saúde e as Doenças no Sec. XXI. In M.R. Dias, & A. Amorim (Eds.). *Clinica Dentária Integrada: contributos bio-psico-sociais*: Monte da Caparica: Egas Moniz Publicações.
- Ribeiro, J.L.P. (2005). *O importante é a saúde*. Lisboa: Merck Sharp & Dohme.
- Ribeiro, J.L.P. (2007). *Introdução à psicologia da saúde*. Coimbra: Quarteto Editora
- Ribeiro, J.L.P. (2009). A importância da qualidade de vida para a psicologia da saúde. In: J.P. Cruz, S.N. Jesus, & C. Nunes (Coords.). *Bem-Estar e Qualidade de Vida*, (31-49). Alcochete: Textiverso.
- Richmond, J. (1979). *Healthy people: The surgeon general's report on health promotion and disease prevention*. Washington: U.S.Department of Health, Education, and Welfare.
- Santos, C.S., Pais-Ribeiro, J., & Lopes (2003). Estudo de adaptação da Escala de Satisfação com o Suporte Social (ESSS) a pessoas com diagnóstico de doença oncológica. *Psicologia, Saúde e Doenças*, 4(2), 185-204.
- Santos, M.L. & Ferreira, M.S. (2011). Comportamentos de Saúde e Vulnerabilidades relacionados com o uso das Novas Tecnologias. In C. M. S. Albuquerque (Org.). *Comportamentos de Saúde Infanto-juvenis: Realidades e Perspetivas* (pp. 647-654) Escola Superior de Saúde, Instituto Politécnico de Viseu,
- Santos, M.L. & Ribeiro, J.L. (2005). Educação para o lazer ou o jogo e o lazer na educação. *Actas do 1º Congresso Internacional de Aprendizagem na Educação de Infância*, 601-603. Porto: Edições Gailivro.
- Santos, M.L. (2004). Estilos de lazer e coping: sua relação com saúde e mal-estar. Porto: Universidade do Porto (Tese de Doutoramento).
- Sardinha, L. (2012). Comportamento sedentário: epidemiologia e relevância. *Revista Fatores de Risco*, 27, 54-64.
- Taylor, S.T. (1999). *Health psychology*. New York: McGraw Hill.
- Thomas, C., & Castro, E. (2012). Personalidade, Comportamentos de Saúde e adesão ao tratamento a partir do modelo dos cinco grandes fatores: Uma revisão da literatura. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 13(1), 100-109.
- Tinsley, H.E., & Tinsley, D.J. (1986). A theory of the attributes, benefits and causes of leisure experience. *Leisure Sciences*, 8 (1), 1-45.
- Tones, K. (1987). Health promotion, affective education and the personal-social development of young people, In K. David and T. William (Eds.). *Health education in schools*. London: Harper & Row Publishers.
- Weissinger, E., & Iso-Ahola, S.E. (1984). Intrinsic leisure motivation, personality and physical health. *Society and Leisure/Loisiret Société*, 7 (1), 217-228.