

# LAZER E PROMOÇÃO DA SAÚDE: UM ESTUDO COM PROFISSIONAIS DA ÁREA DA SAÚDE HUMANA

## LEISURE AND HEALTH PROMOTION: A STUDY MADE WITH HUMAN HEALTH AREA PROFESSIONAL

*Gabriela Baranowski Pinto<sup>1</sup>*

**RESUMO:** Este artigo constitui a síntese de uma pesquisa que objetivou investigar a importância do lazer na promoção de saúde em clínicas e hospitais. A metodologia adotada combinou uma investigação bibliográfica em conjunto com uma pesquisa exploratória. A amostra foi constituída por 11 professores da UFMG formados nas áreas da saúde humana e inseridos em clínicas e hospitais. Os dados foram coletados através da aplicação de um questionário e analisados qualitativamente através da análise de conteúdo. Os resultados indicaram um entendimento de promoção da saúde pouco aprofundado, na medida em que esta foi considerada apenas como qualidade de vida, tendo sido desconsiderados outros aspectos que compõe o seu significado. Mesmo assim, o lazer foi considerado um de seus componentes, por seu papel na criação ou manutenção do bem viver e qualidade de vida dos pacientes. O entendimento de ser humano recebeu claramente um tratamento ampliado por parte dos colaboradores que consideraram outros âmbitos além do físico. Houve uma conexão marcante da promoção da saúde com a prevenção de doenças. As crianças e os doentes crônicos foram os grupos apontados como os principais focos do lazer em clínicas e hospitais. Mais estudos são necessários para delinear os aspectos que interferem na atuação dos profissionais do lazer em clínicas e hospitais.

**PALAVRAS-CHAVE:** Lazer. Promoção da Saúde. Atuação Profissional. Clínicas. Hospitais.

### Introdução

A temática envolvendo o lazer e a promoção da saúde é tão nova e complexa que poucos na literatura a discutem. A única obra encontrada que se dedica ao assunto é o livro didático elaborado por Yara Carvalho (2005) para o Programa de Educação Continuada em Lazer, realizado pela UFMG em parceria com o Serviço Social da Indústria (SESI), por meio da educação a distância. Apesar desta obra ser pioneira, é perceptível a superficialidade com que o assunto é abordado, o que é justificável pela sua natureza introdutória e pela finalidade de aproximar as duas áreas – lazer e saúde. Neste contexto, o presente artigo é uma tentativa de dar continuidade a este recente diálogo e iniciar um aprofundamento maior neste assunto tão pouco explorado. Afinal,

O lazer, como campo de conhecimento, assim como a saúde, é interdisciplinar e pode interagir com diferentes áreas.

---

<sup>1</sup> Acadêmica do Curso de Graduação em Educação Física da UFMG, bolsista do Programa de Iniciação à Docência. Esta pesquisa contou com a orientação da Prof.ª Dra. Christianne Luce Gomes – CELAR/DEF/UFMG.

Entretanto, a produção do conhecimento e a intervenção conjunta têm sido pouco exercitadas. Esta dificuldade decorre, entre outros fatores, de uma compreensão restrita e fragmentada do próprio conceito de saúde [...] pública e coletiva [...]. (CARVALHO, 2003, p.121)

Neste sentido, compreender o conceito de saúde dos profissionais que atuam nesta área é um encaminhamento fundamental para identificar a importância que eles conferem ao lazer e, conseqüentemente, à intervenção deste no contexto de clínicas e hospitais. Neste artigo este exercício procura despertar os profissionais da área do lazer para as possibilidades de intervenção no campo da saúde.

Conhecer o que os profissionais ligados à área da saúde humana pensam a respeito do papel do lazer na promoção de saúde, de certa forma, reflete que compreensão eles têm acerca da temática, sendo que a identificação destas compreensões pode diagnosticar as potencialidades de ampliação do lazer em clínicas e hospitais.

Um olhar mais aberto leva-nos a entender que o campo da saúde pode dar um salto de qualidade, caso novas concepções sobre a mesma sejam identificadas e adotadas. Um primeiro passo para este almejado avanço poderia ser a verificação das concepções difundidas nas universidades, através dos professores do ensino superior, que interferem e colaboram para a formação dos profissionais que lidam com o processo saúde-doença cotidianamente.

Este cenário permitiu, assim, a formulação de diversas indagações: o que significa a expressão “promoção da saúde”? O lazer é um componente da promoção da saúde? O lazer deve estar inserido como parte do tratamento em clínicas e hospitais? Por quê? Em que medida os pacientes deveriam participar das propostas de lazer neste contexto? Existem projetos que oferecem atividades de lazer também nas clínicas e hospitais? Como são as propostas de lazer destes projetos? A quais interesses pertencem as atividades de lazer desenvolvidas? Em caso negativo, quais as justificativas possíveis para a não realização ou a pouca divulgação de projetos de lazer neste contexto? Há casos clínicos em que o lazer pode colaborar mais no tratamento? Em quais casos? Por quê? Como o trabalho com o lazer poderia ser implantado e/ou adequadamente desenvolvido em clínicas e hospitais?

Em face desses questionamentos, o objetivo geral do presente estudo foi investigar, junto aos profissionais das áreas da saúde humana – docentes do ensino superior –, qual a importância e representatividade do lazer na promoção de saúde dos sujeitos no contexto de clínicas e hospitais. Para que tal objetivo pudesse ser alcançado tornou-se necessário, primeiramente, buscar na literatura fundamentos sobre o tema, sendo os principais apresentados a seguir.

### **Saúde, Promoção da Saúde e Lazer: Interfaces Possíveis**

Sabemos que as concepções e práticas predominantes historicamente na área da saúde fundamentam seu desenvolvimento na relação com a doença (CARVALHO, 2001). Assim, ao longo do tempo a saúde significou ausência de doenças, completo bem-estar físico-psíquico-social, estar em padrão “normal”, ou seja, o contrário do estado patológico ou disposição de superação das adversidades físicas e sociais (CARVALHO, 2001; CARVALHO, 2005; PALMA, 2000). Estas

perspectivas conduzem para análises reducionistas, uma vez que nelas as doenças decorrem de determinismos biológicos, a ausência de doenças é o “marcador” da saúde e o foco é centrado no indivíduo (PALMA, 2000).

Tentando evitar estes reducionismos, Hans-Georg Gadamer (citado por PALMA, 2000) traz uma visão de doença que leva em consideração a história do indivíduo e deste com a sociedade. Para o autor a doença é uma perturbação experimentada e uma exceção que afasta o sujeito das suas relações vitais em que ele estava habitualmente vivendo com saúde.

Esse entendimento faz sentido quando pensamos no homem como ser político-cidadão e ético-profissional, cuja saúde resulta de possibilidades que abrangem o suprimento das necessidades humanas – o conjunto de condições que viabilizam a vida e a existência digna como, de modo geral, e, em particular, o acesso ao trabalho, aos serviços de saúde, a moradia, a alimentação e ao lazer, conquistados por direito ou interesse ao longo da vida (CARVALHO, 1997; 2001; BAGRICHEVSKY e col., 2006) – dependentes de uma construção coletiva.

Nesta lógica, Carvalho (2005) nos chama atenção para o fato de que se as escolhas que as pessoas e comunidades fazem são cruciais para a saúde, então, modos básicos de produzir saúde seriam mudanças econômicas, sociais e políticas necessárias para garantir padrões saudáveis de existência; vigilância à saúde voltada para promoção da saúde e a prevenção de doenças/mortes; clínica e reabilitação que desenvolvem práticas de assistência e cuidado no plano individual, atendimento de urgência e emergência relativo à intervenção imediata em situações limite que evitam morte e sofrimento.

Podemos pensar também na concepção diferenciada de saúde, que diante dos limites de tolerância às infidelidades do meio social, seria a possibilidade de agir e reagir, de adoecer e se recuperar, sendo a doença uma nova dimensão de vida (CANGUILHEM, citado por PALMA, 2000).

Este posicionamento, de certa forma, está bastante interligado com a noção de “promoção da saúde”, expressão que indica um processo dependente da coletividade, surgido oficialmente em 1986 quando foi criada a Carta de Ottawa, documento gerado na “Primeira Conferência Internacional de Promoção da Saúde” realizada no Canadá. Neste documento, a promoção da saúde tinha o objetivo de garantir o acesso universal à saúde através do princípio de justiça social (BRASIL, 2002).

Sicoli; Nascimento (2003) entendem a promoção de Saúde como uma concepção que supõe a não restrição da saúde à ausência de doença, sendo capaz de atuar sobre seus determinantes que, extrapolando a prestação de serviços clínico-assistenciais, requer ações intersetoriais. Estas envolvem a educação, o saneamento básico, a habitação, a renda, o trabalho, a alimentação, o meio ambiente, o acesso a bens e serviços essenciais, o lazer, entre outros determinantes sociais da saúde; constituindo uma idéia que resgata a concepção da saúde como produção social e busca desenvolver políticas públicas e ações de âmbito coletivo que extrapolem inclusive o enfoque de risco – campo da prevenção.

Com estas extrapolações, a promoção de saúde passou a valorizar mais intensamente determinantes sócio-econômicos, a instigar o compromisso político e a fomentar as transformações sociais que passam por problemas característicos como,

por exemplo: violência, desemprego, subemprego, falta de saneamento básico, habitação inadequada e/ou ausente, dificuldade de acesso à educação, fome, urbanização desordenada, qualidade do ar e da água ameaçada (BRASIL, 2005); recebendo o papel de permitir que tais fatores fossem favoráveis à saúde (SÍCOLI; NASCIMENTO, 2003).

Em síntese, a promoção seria um processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria de sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação popular no controle deste processo (COOPER; SAYD, 2006). A idéia de saúde não denota apenas a prevenção e o tratamento dos agravos, mas também uma ação da sociedade e da pessoa para proteger-se, conhecer e superar os riscos de adoecimento e buscar um estilo de vida<sup>2</sup> saudável, adequado à melhor integração dos seres humanos no seu sócio-ecossistema (MINAYO, 2006).

Nesse sentido, seriam iniciativas de promoção de saúde os programas, as políticas e as atividades planejadas e executadas de acordo com sete princípios oficialmente definidos pela OMS – concepção holística, intersetorialidade, empoderamento, participação social, equidade, ações multi-estratégicas e sustentabilidade – que serão mais bem esclarecidos a seguir (WHO, 1986; WHO, 1998a, 1998b).

A concepção holística determina que as iniciativas de promoção fomentem a saúde física, mental, social e espiritual e pressupõe a compreensão ampliada de saúde assumida pela OMS. A efetiva e concreta participação social é compreendida como o envolvimento dos atores diretamente interessados – membros da comunidade e organizações afins, formuladores de políticas, profissionais da saúde e de outros setores e agências nacionais e internacionais – no processo de eleição de prioridades, tomada de decisões, implementação e avaliação das iniciativas. (SÍCOLI; NASCIMENTO, 2003).

A participação social está diretamente ligada ao princípio do empoderamento, que constitui o processo de capacitação dos indivíduos e comunidades para assumirem maior controle sobre os fatores pessoais, sócio-econômicos e ambientais que afetam a própria saúde; estando diretamente ligado à disseminação da informação e à educação, bases para a tomada de decisão (BRASIL, 2002).

O princípio da equidade deve ser visto no contexto da necessidade e da justiça social, pois objetiva oportunizar a todos o desenvolvimento e a manutenção da saúde priorizando estratégias e ações que atendam aos sujeitos e às coletividades mais vulneráveis, a fim de diminuir a morbimortalidade por causas relacionadas a gênero, geração, renda, raça/etnia, região geográfica (BRASIL, 2005).

As ações multi-estratégicas, um outro princípio da promoção de saúde, pressupõe o envolvimento de diferentes disciplinas e dizem respeito à combinação de métodos e abordagens variadas, incluindo desenvolvimento de políticas públicas saudáveis, mudanças organizacionais, fortalecimento comunitário, questões legislativas, educacionais e do âmbito da comunicação (BRASIL, 2002; SÍCOLI; NASCIMENTO, 2003).

---

<sup>2</sup> Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS) o estilo de vida é uma forma de viver baseada em padrões de comportamento determinados pela interrelação entre as características pessoais, as interações sociais e socioeconômicas e as condições de vida ambientais. Estes padrões de comportamento podem interferir na saúde individual e coletiva, sendo continuamente interpretados e testados em diferentes situações sociais estando sujeitos a mudanças (WHO, 1998a).

Já a sustentabilidade remete a uma promoção da saúde que busque superar a organização e o planejamento de estratégias, ações e atividades pontuais, fragmentadas, descontínuas ou exclusivamente campanhistas; substituindo-as por ações que contem com estratégias múltiplas e alianças com os diversos atores sociais que favoreçam o compromisso dos gestores, trabalhadores de saúde e usuários com o desenvolvimento das mesmas no cotidiano dos serviços e dos diferentes espaços sociais onde estas se realizarão (BRASIL, 2005).

Finalmente, uma vez que as ações e políticas de promoção são dirigidas aos determinantes da saúde, operacionalizar a promoção requer intersectorialidade, ou seja, a cooperação entre os diferentes setores envolvidos e a articulação de suas ações: legislação, sistema tributário e medidas fiscais, educação, habitação, serviço social, cuidados primários em saúde, trabalho, alimentação, lazer, agricultura, transporte, planejamento urbano etc. Neste sentido, cabe destacar a responsabilidade do governo, tanto em nível local como nacional, de atuar de maneira a garantir que as condições totais, que estão além dos indivíduos ou grupos, sejam favoráveis à saúde.

Analisando estes princípios, é possível perceber a importância do lazer para a efetivação da chamada promoção da saúde. Afinal, o lazer é um fenômeno cultural, social e histórico (WERNECK, 2003) que envolve a busca pelo prazer e representa uma importante dimensão da vida (MELO; ALVES JUNIOR, 2003), já que envolve a ressignificação da cultura por meio do envolvimento direto dos indivíduos e constitui um dos setores essenciais para o desenvolvimento humano. Um setor que requer participação ativa dos indivíduos e que possui interlações diretas com diversos outros sendo dependente destas.

No Brasil e no mundo, a limitação da jornada de trabalho e os fins de semana, férias e feriados remunerados (WERNECK, 2000), foram uma conquista de todos que aliada à presença do lazer como um direito social dos cidadãos na Declaração Universal dos Direitos Humanos (art. 24) e na Constituição Federal do Brasil (art. 6º, 7º, 217 e 227) (ONU, 1948 e BRASIL, 1988), passaram a garantir que este momento pudesse ser vivenciado, com a devida participação do Estado implementando políticas públicas e buscando parcerias entre poder público, instituições privadas e a comunidade (CARVALHO, 2005).

Sabemos que esta legalidade e reconhecimento, não garantem que o tempo de lazer institucionalizado seja vivido de forma gratificante e qualitativa (WERNECK, 2000), já que o lazer social tem sido um instrumento de controle e fragmentação dos indivíduos, subordinados à lógica do mercado e do consumo (CARVALHO, 2003).

Por outro lado sabemos também que em nossa sociedade, o lazer pode ser um momento de produção de cultura através da vivência lúdica de diferentes conteúdos mobilizada pelo desejo e permeada pelos sentidos de liberdade, autonomia, criatividade e prazer, coletivamente construídos, influenciados e limitados por aspectos sociais, políticos, culturais e econômicos (WERNECK, 2000). Nessa perspectiva, contudo, a ação dos profissionais da área do lazer é fundamental. Afinal, estes devem compreender a natureza pedagógica da sua intervenção de maneira contextualizada – considerando fatores culturais, históricos, econômicos e políticos – relevando os elementos da cultura corporal como manifestações e

expressões humanas com história e significado para contrapor a visão restrita de lazer e de corpo – orgânica (CARVALHO, 2005).

É importante destacar que o lazer é um campo multidisciplinar que possibilita a concretização de propostas interdisciplinares por meio da participação de profissionais de diferentes formações, sendo possíveis variados enfoques, que englobam o planejamento, organização, realização e avaliação das vivências, gerenciamento, coordenação, supervisão e avaliação de projetos e ações de lazer, viabilização de projetos e recursos, realização registro e socialização de pesquisas, docência, entre outros. Neste sentido, é urgente a constituição de um mapeamento das possíveis contribuições de cada área para o lazer, levando em consideração os saberes específicos e as possibilidades de atuação dos profissionais (WERNECK e col., 2001).

Como será tratado no próximo tópico, essa investigação bibliográfica foi o ponto de partida para a realização de uma pesquisa exploratória sobre o tema.

### **Aspectos metodológicos da pesquisa**

Considerando que o objeto de estudo foi o papel do *lazer na promoção da saúde*, a pesquisa bibliográfica buscou fundamentos sobre esses dois temas. Considerando que a relação promoção da saúde e lazer ainda não foi tratada com profundidade na literatura, a pesquisa exploratória (GOMES; AMARAL, 2005) permitiu uma maior compreensão sobre essa problemática, na medida em que auxiliou na busca de elementos que permitissem uma compreensão geral das características da pesquisa: escolha do que investigar, delimitação do problema, do objeto e objetivos, construção do marco teórico conceitual, escolha dos instrumentos de coleta e da forma de exploração do tema (DESLANDES, 2004).

O segmento escolhido para constituir a amostra foi composto por professores do ensino superior com inserção em clínicas e hospitais e com formação acadêmica em nível de graduação em uma das áreas da saúde humana: Biomedicina, Ciências Biológicas, Educação Física, Enfermagem, Farmácia, Fisioterapia, Fonoaudiologia, Medicina, Odontologia, Psicologia, Nutrição, Serviço Social e orientação e Terapia Ocupacional (INSTITUTO NACIONAL DE ESTUDOS E PESQUISAS EDUCACIONAIS ANÍSIO TEIXEIRA, 2006).

Essa escolha justificou-se pelo fato de os professores do ensino superior graduados nas áreas da saúde terem acesso aos conhecimentos relacionados ao assunto, e serem, em certa medida, formadores de opinião dos futuros profissionais da área da saúde humana. Além disso, os profissionais com inserção em clínicas e hospitais tinham condições de apontar com mais propriedade as questões acerca dos projetos e ações articuladores da saúde e do lazer no âmbito destas instituições.

Optou-se por escolher professores vinculados a Universidade Federal de Minas Gerais, pois esta instituição de ensino superior oferece 11 dos 13 cursos de graduação que representam as áreas da saúde humana, além de ser reconhecida pela qualidade acadêmica e pelos investimentos em pesquisa como contribuição fundamental para o ensino e a extensão universitária.

Participaram da pesquisa 11 professores(as) da UFMG, cada um representando uma determinada área da saúde humana, que atendessem aos critérios pré-estabelecidos e que se disponibilizasse a participar do estudo voluntariamente,

mediante resposta ao convite efetivado por e-mail. Afinal, a representatividade da abrangência da totalidade do problema investigado em múltiplas dimensões é maior do que o critério numérico na pesquisa qualitativa (DESLANDES, 2004). As identidades dos respondentes do questionário foram preservadas, sendo estes identificados apenas pela sua área de formação acadêmica.

Para a coleta de dados foi utilizado um questionário composto por perguntas abertas e fechadas. Os dados coletados foram analisados qualitativamente, recebendo um aprofundamento no mundo dos significados das ações e relações humanas e quantitativamente como complemento da pesquisa qualitativa (MINAYO, 2004). A análise qualitativa foi realizada através da análise de conteúdo. Esta foi escolhida por representar um conjunto de técnicas de análise de comunicações, que utiliza procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens e indicadores, quantitativos ou não, que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção das respostas (LAVILLE; DIONNE, 1999).

### **Colaborações acerca do Lazer e da Promoção da Saúde em Clínicas e Hospitais**

A promoção da saúde foi tratada superficialmente pelos participantes do estudo, que a compreenderam como bem viver, bem estar, qualidade de vida e hábitos de vida saudáveis. Esta compreensão reflete o entendimento das conseqüências da promoção e não de sua real atuação. Desse modo, não leva em consideração a contribuição dos determinantes sociais da saúde (anteriormente discutidos) constituídos através de políticas públicas e ações de âmbito coletivo que não dependem somente do estilo de vida individual, mas que interferem diretamente no bem viver e bem estar de todos.

Mesmo com estas restrições na compreensão dos colaboradores, todos consideraram o lazer um componente da promoção da saúde, cuja integração em clínicas e hospitais é necessária.

Neste sentido, as justificativas dos professores para este posicionamento foram o fato de lazer contribuir para os pacientes aceitarem e responderem melhor ao tratamento, bem como para a criação ou manutenção do bem viver e qualidade de vida dos pacientes. Para eles o lazer possui um potencial terapêutico, trabalhado através dos momentos de prazer, atenuação do estresse, renovação de energias, distração e emergência da criatividade – componentes da diversão, do descanso e do desenvolvimento (DUMAZEDIER, 1976). Estes momentos contribuem para a redução dos aspectos relacionados à hospitalização – sentimentos de depressão, inutilidade, isolamento, carência afetiva, falta de incentivo para atividades físicas e mentais, estresse imposto pelo adoecimento e pelo confinamento no leito – que interferem negativamente no resultado da assistência prestada aos pacientes.

Além disso, a possibilidade de ocupação do tempo de internação não envolvido com o tratamento; o contexto do lazer na harmonia bio-psico-social contribuindo para o equilíbrio entre as diversas atividades humanas; a necessidade de realizar um tratamento multidisciplinar aliada ao fato de as novas práticas, estratégias e rede social constituídas através do lazer contribuírem para a mudança de atitude dos indivíduos e para evitar novas necessidades de acionamento dos serviços hospitalares

constituíram justificativas apresentadas neste estudo.

Diante destas colocações dos voluntários, uma merece especial atenção, pois revela o lazer como:

(...) possibilidade de ocupação do tempo de internação não envolvido com o tratamento e com objetivos ligados à readaptação do paciente a sua nova condição ou ao treinamento de novas habilidades.

Neste posicionamento identifica-se uma limitação do entendimento permeada pela funcionalidade atribuída ao lazer como auxiliar no desenvolvimento de outros processos, muitas vezes tidos como mais importantes (“readaptação do paciente” e “treinamento de novas habilidades”), ignorando as contribuições próprias do lazer para o desenvolvimento das sensibilidades e do potencial crítico e criativo dos indivíduos. Afinal, as vivências do lazer são um ato político no qual estabelecemos uma relação dialética com o contexto social mais amplo (ALMEIDA e col., 2001). Mesmo assim, este pensamento é compreensível se observarmos que nas clínicas e hospitais os indivíduos geralmente vivem uma ociosidade que não os permite fazer escolhas a respeito do que querem fazer em seu tempo livre, o que é considerado por Almeida e colaboradores (2001) ao afirmar que “não podemos esquecer que a dimensão da ocupação de tempo, com atividades alegres e motivantes é real e necessita ser considerada”.

Em contraposição, outro colaborador ao aconselhar um entendimento das atividades de lazer “como e não somente como estratégia para o enfrentamento da doença ou como passatempo”, afirmando que tais atividades podem auxiliar na formação de uma representação dos sujeitos sobre instituições de saúde como instituições de saúde e não de doença, demonstra uma concepção mais aceitável e complexa acerca do lazer.

De um modo geral, as respostas obtidas através dos questionários demonstraram uma tendência atual de ampliação da visão de ser humano, pois várias delas consideraram os diversos âmbitos formadores dos indivíduos – físico, emocional, mental, sócio-cultural, psicológico e espiritual.

Particularmente, chamo atenção aqui para o reconhecimento dos aspectos sócio-culturais que constituem uma possibilidade intimamente relacionada ao lazer e nos remetem aos estudos sobre animação sociocultural que estimulam a intervenção profissional baseada na idéia da construção coletiva da satisfação, do prazer e da alegria, alicerçada na vontade social e no compromisso político-pedagógico de promover mudanças nos planos cultural e social (STOPPA; ISAYAMA, 2001). Essa ação, que implica lidar com limites e possibilidades das mais diversas ordens, acaba sendo sensível ao efetivo exercício da cidadania e a melhoria da qualidade de vida<sup>3</sup>, buscando a transformação social (MELO, 2006).

A conexão feita entre promoção da saúde e prevenção de doenças foi marcante em algumas respostas. Acredita-se que essa ponderação se origine da maior suscetibilidade às doenças dos indivíduos que não são submetidos às condições ideais de saúde. No entanto, reconhecemos as limitações deste entendimento visto que um indivíduo doente não necessariamente não tem saúde.

<sup>3</sup> A qualidade de vida é uma noção que tem sido aproximada ao grau de satisfação encontrado na vida familiar, amorosa, social, ambiental e à própria estética existencial. Pressupõe a capacidade de síntese cultural dos elementos considerados como padrão de conforto e bem-estar de uma sociedade se apoiando na compreensão das necessidades humanas fundamentais, materiais e espirituais e tem no conceito de promoção da saúde seu foco mais relevante (MINAYO et al., 2000).



Para ilustrar, basta que pensemos, por exemplo, nos diabéticos, doentes cardíacos, entre tantos outros, que apesar de doentes podem viver com saúde na medida em que convivem bem com a doença respeitando as limitações que ela impõe. Mesmo doentes, essas pessoas são capazes de ter os demais âmbitos de sua vida desenvolvidos e a saúde promovida de forma consistente e direta, pois como Barreto (2002) afirma, a adaptação e superação de dificuldades são palavras-chave para um entendimento mais ampliado de saúde.

Sobre propostas de lazer inseridas em clínicas e hospitais, cinco profissionais desconheciam este tipo de intervenção. Segundo eles, esta falta de ações ou de divulgação nas mesmas perpassam a precariedade dos serviços de saúde básicos, como a emergência, que impedem o desenvolvimento de outras perspectivas como a do lazer, considerado neste contexto “um luxo”. Ao mesmo tempo, decorrem do despreparo dos profissionais que sustentam uma visão reducionista sobre o que é recuperar a saúde e da falta de recursos e incentivo das instituições que desenvolvem políticas institucionais voltadas apenas para a cura da doença, sustentando o conceito de saúde enquanto ausência de doença. Por último, a falta de interesse, o desconhecimento dos benefícios e o aumento dos custos, também contribuem para a inexistência de ações neste âmbito ou para a não divulgação das mesmas.

Já os outros seis profissionais que afirmaram conhecer intervenções citaram instituições em Belo Horizonte e em outras cidades brasileiras. As propostas destas instituições envolviam o desenvolvimento do esporte, de atividade física ou reabilitação, de atividades de leitura, trabalhos manuais, jogos lúdicos, brinquedoteca, alongamento, palestras e o envolvimento de professores de Educação Física, Terapia Ocupacional, Atores, Músicos, entre outros, junto aos pacientes internados – principalmente os grupos específicos de pacientes ambulatoriais (como as crianças) –, aos funcionários e pais acompanhantes diariamente. Apesar destas colocações, percebemos que não havia um conhecimento aprofundado acerca dos trabalhos desenvolvidos na área do lazer por parte dos colaboradores da pesquisa.

Segundo os professores, os benefícios mais efetivos do lazer se davam em grupos de doentes crônicos, terminais, sem cura ou incapacitantes; grupos em tratamento com efeitos colaterais; grupos de pessoas com sofrimento mental ou distúrbios psicogênicos/psiquiátricos; grupos de pessoas em recuperação de procedimentos não invasivos; grupos em situação de hospitalismo; grupos de pessoas que moram sozinhas; grupos de crianças e grupos de idosos, sendo que alguns afirmaram a importância do lazer em todos os casos.

Para os colaboradores essa tendência ocorria, porque o lazer constituía, para estes grupos em especial, uma possibilidade de preenchimento de espaço nesta fase difícil da vida; de diminuição do sofrimento, do medo e do estresse em geral, que favorecem as respostas benéficas do organismo, como a imunidade, por exemplo, reduzindo incidência de complicações; de amenização das dificuldades da permanência no hospital; de deslocamento da atenção do indivíduo da própria doença; de relaxamento; de constituição de um ambiente hospitalar mais agradável; de aumento da interação dos indivíduos com os profissionais, além do aumento da rede de apoio social.

No entanto foi ressaltado que para a participação efetiva dos pacientes nas propostas de lazer seria necessário considerar as suas individualidades, ou seja, as

suas expectativas, afinidades, necessidades, demandas, interesses, motivações, possibilidades físicas e emocionais. Do mesmo modo foi ressaltada a importância de que a equipe multiprofissional responsável pelo tratamento estabelecesse certos critérios, verificando a disponibilidade da instituição, as possibilidades de divulgação, bem como a orientação sobre a participação voluntária dos pacientes no processo.

Um outro aspecto relevante foi a seguinte afirmação feita por um dos colaboradores:

(...) o lazer pode auxiliar no processo de recuperação, mas sua inclusão na dinâmica institucional depende de mudanças de concepção sobre os seus benefícios e, também, da reestruturação organizacional (...).

Este posicionamento reconhece a existência de certos entraves que podem impedir a adesão do lazer na dinâmica dos serviços de saúde oferecidos em hospitais, já que englobam aspectos da organização que devem ser revistos e a necessidade de um preparo dos profissionais e de um entendimento ampliado dos mesmos a respeito da atuação e do papel do lazer na vida dos indivíduos, para que a mudança seja consistentemente efetivada.

Em relação aos profissionais responsáveis pela intervenção no lazer, os professores sugeriram a formação de equipes multiprofissionais responsáveis pelas atividades e a estruturação ou otimização dos Serviços de Terapia Ocupacional dentro da perspectiva de ações multidisciplinares com a incorporação do profissional de Educação Física na equipe de saúde.

Essas sugestões revelam um paradoxo, pois ao mesmo tempo em que existe a compreensão ampliada da intervenção de lazer enquanto resultante do trabalho em conjunto de diversas áreas que podem contribuir para o desenvolvimento de um trabalho de cada vez mais qualidade; há uma tendente restrição do desenvolvimento das atividades de lazer à atuação da Terapia Ocupacional. Além disso, percebe-se que o lazer ainda não se constitui para os professores participantes deste estudo enquanto conhecimento sistematizado e complexo que exija a atuação de pessoal específico e preparado teoricamente e tecnicamente para desenvolver um trabalho dentro das clínicas e hospitais.

Finalmente, foi ressaltada a necessidade de difusão do potencial do lazer para intervenção em clínicas e hospitais nos cursos diretamente envolvidos na área da saúde humana; o que reflete uma preocupação com a formação inicial e conscientização dos profissionais envolvidos na área para a valorização do lazer enquanto colaborador no desenvolvimento das pessoas.

### **Conclusão**

Os resultados do estudo evidenciaram que há uma grande importância conferida ao lazer enquanto componente da promoção da saúde dos indivíduos, uma vez que a necessidade de sua presença em clínicas e hospitais foi destacada por todos os profissionais da área da saúde humana participantes da amostra, considerando a individualidade dos sujeitos.

Pode-se afirmar que o reconhecimento de entraves dificultadores da adesão

do lazer na dinâmica dos serviços de saúde oferecidos; dentre eles os aspectos da organização, a necessidade de profissionais preparados para desenvolver propostas neste âmbito e esclarecer o papel do lazer na vida dos indivíduos, a necessidade de uma funcionalidade onde o lazer possa auxiliar no desenvolvimento de outros processos como a “readaptação do paciente” e o “treinamento de novas habilidades”; apresentam-se, juntamente com a identificação de propostas de lazer desenvolvidas nas instituições e com as sugestões de desenvolvimento do trabalho junto a pacientes pertencentes a grupos específicos, como indicadores importantes para o estabelecimento de um trabalho efetivo na área.

Considerando o objetivo da pesquisa, reafirma-se a intenção de dar continuidade ao recente diálogo sobre e com as duas áreas da promoção da saúde e do lazer, bem como estimular outros estudos que gerem novos enfoques no campo de atuação do profissional do lazer em clínicas e hospitais, e possibilitem a valorização do mesmo a partir de uma conscientização da sociedade para a importância de tal intervenção.

### Referências

ALMEIDA, C. F.; SOARES, A. F.; HERINGER, C.; PINTO, G. P.; OLIVEIRA, M. C.; MOURA, R. C. B.; MOREIRA, R. B.; PERES, F. A. S.; WERNECK, C. L. G.; ISAYAMA, H. F.; REZENDE, R. Compromisso social da Educação Física com as crianças que passam por tratamentos hospitalares: intervenções lúdicas Seminário “O lazer em debate”, 2. *Coletânea...* Belo Horizonte, p.172-178, 2001.

BAGRICHEVSKY, M.; ESTEVÃO, A.; PALMA, A. Saúde coletiva e educação física: aproximando campos, garimpando sentidos. In: BAGRICHEVSKY, M. (Org.). *A saúde em debate na educação física*. Blumenau: Nova Letra, 2006.

BARRETO, M. L. F. *Potencial turístico da terceira idade*. Belo Horizonte: SESC, 2002.

BRASIL. *Constituição da República Federativa do Brasil*. São Paulo: Tecnoprint, 1988.

BRASIL. Ministério da Saúde. As Cartas da Promoção da Saúde. Projeto Promoção da Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2002. Disponível em: [http://dtr2001.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cartas\\_promocao.pdf](http://dtr2001.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cartas_promocao.pdf). Acesso em: 14/06/2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Promoção da Saúde. Anexo I. Documento Preliminar para Discussão. Brasília: Ministério da Saúde, 2005. Disponível em: [http://www.conasems.org.br/Doc\\_diversos/vigilancia/Anexo1\\_PNPS\\_AGENDA.pdf](http://www.conasems.org.br/Doc_diversos/vigilancia/Anexo1_PNPS_AGENDA.pdf). Acesso em: 14/06/06.

CARVALHO, Y. M. Lazer, Cultura e Saúde. In: Encontro Nacional de Recreação e Lazer, 9. *Coletânea...* Belo Horizonte, p.161-166, 1997.

CARVALHO, Y. M. Atividade Física e Saúde: Onde está e quem é o sujeito da relação? *Revista Brasileira de Ciências do Esporte*, v.22, n.2, p. 9-21, jan., 2001.

CARVALHO, Y. M. Formação Profissional em Políticas Públicas de Lazer com Enfoque na Saúde. MARCELLINO, N.C. *Formação e Desenvolvimento de Pessoal em Lazer e Esporte: Para Atuação em Políticas Públicas*. Campinas, SP: Papirus, 2003.

CARVALHO, Y. M. *Lazer e Saúde*. Brasília: Sesi/DN, 2005.

COOPER, C. L. F.; SAYD, J. D. Concepções de saúde nos parâmetros curriculares nacionais. In: BAGRICHEVSKY, M. (Org.). *A saúde em debate na educação física*. Blumenau: Nova Letra, 2006.

DESLANDES, S. F. A construção do projeto de pesquisa. In: MINAYO, M. C. S. (Org.). *Pesquisa Social: teoria, método e criatividade*. Petrópolis: Vozes, 2004.

DUMAZEDIER, J. *Lazer e cultura popular*. São Paulo: Perspectiva, 1976.

GOMES, C.L.; AMARAL, M.T.M. *Metodologia da Pesquisa Aplicada ao Lazer*. Brasília: Sesi/DN, 2005.

INSTITUTO NACIONAL DE ESTUDOS E PESQUISAS EDUCACIONAIS ANÍSIO TEIXEIRA. A trajetória dos cursos de graduação na área da saúde: 1991-2004. Org: Ana Estela Haddad ... [et al.]. – Brasília/DF: Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira, abr., 2006. Disponível em: [http://portal.saude.gov.br/portal/sgtes/visualizar\\_texto.cfm?idtxt=23994](http://portal.saude.gov.br/portal/sgtes/visualizar_texto.cfm?idtxt=23994). Acesso em: 05/06/2006.

LAVILLE, C.; DIONNE, J. *A construção do saber: manual de metodologia da pesquisa em ciências humanas*. Porto Alegre: Editora Artes Médicas Sul Ltda.; Belo Horizonte: Editora UFMG, 1999.

MELO, V.A.; ALVES JUNIOR, E. D. *Introdução ao Lazer*. Barueri: Manole, 2003.

MELO, V.A. *A animação cultural: conceitos e propostas*. Campinas: Papirus, 2006.

MINAYO, M.C.S; HARTZ, Z. M. A.; BUSS, P. M. Qualidade de vida e saúde: um debate necessário. *Ciência e saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 5, n. 1, 2000. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232000000100002&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232000000100002&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 18 de Dez. de 2006.

MINAYO, M. C. S. Ciência, técnica e arte: O desafio da pesquisa social. In: MINAYO, M. C. S. (org.). *Pesquisa Social: teoria, método e criatividade*. Petrópolis: Vozes, 2004.

MINAYO, M.C.S. Saúde como responsabilidade cidadã. In: BAGRICHEVSKY, M. (Org.). *A saúde em debate na educação física*. Blumenau: Nova Letra, 2006.

ONU. *Declaração dos Direitos Universais do Homem*. Genebra, Assembléia Geral da ONU, 10 de dezembro de 1948. Impresso.

PALMA, A. Atividade física, processo saúde-doença e condições sócio-econômicas: Uma revisão da literatura. *Revista Paulista de Educação Física*, São Paulo, v.14, n.1, p.97-106, jan./jun, 2000.

SÍCOLI, J. L., NASCIMENTO, P. R. Promoção de Saúde: concepções, princípios e operacionalização. *Interface – Comunicação, Saúde, Educação*, v.7, n.12, p.91-112, 2003. Disponível em: <http://www.interface.org.br/>. Acesso em: 05/06/2006.

STOPPA, E.A.; ISAYAMA, H.F. Lazer, mercado de trabalho e atuação profissional. In: WERNECK, C. L. G.; STOPPA, E. A.; ISAYAMA, H. F. *Lazer e Mercado*. Campinas: Papyrus, 2001.

WERNECK, C. L. G. *Lazer, trabalho e educação: relações históricas, questões contemporâneas*. Belo Horizonte: UFMG/EEF/CELAR, 2000.

WERNECK, C. L. G.; STOPPA, E. A.; ISAYAMA, H. F. *Lazer e Mercado*. Campinas: Papyrus, 2001.

WERNECK, C.L.G. Recreação e Lazer: apontamentos históricos no contexto da educação física. In: WERNECK, C. L. G.; ISAYAMA, H. F. *Lazer, recreação e educação física*. Belo Horizonte: Autêntica, 2003.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. The Ottawa Charter for Health Promotion. First International Conference on Health Promotion. Ottawa, 1986. Disponível em: <http://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/ottawa/en/>. Acesso em: 14/06/2006.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Health Promotion Glossary. Geneva, Switzerland: World Health Organization, 1998a. Disponível em: <http://www.ohpe.ca/>. Acesso em: 05/06/2006.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Health Promotion Evaluation: recommendations to policy-makers. Geneva, Switzerland: World Health Organization; 1998b. Disponível em: <http://www.who.dk/document/e60706.pdf>. Acesso em: 05/06/2006.

**ABSTRACT:** This article intended to investigate the importance of leisure in the health promotion in clinics and hospitals, being the result of a bibliographical and exploratory research. The teachers of UFMG that are graduated in the human health area and are involved with clinics and hospitals were part of this study. The data were

collected through a structured questionnaire and qualitatively analyzed through the content analysis. The health promotion was understood only as a quality of life, being not considered other aspects that make part of it's meaning. However, leisure was considered one of it's components, for it's contribution to the patients well being and life quality. The knowledge of human being received an expanded treatment of the teachers that were not limited to the physical. There were a conexão between health promotion and desises prevention. Children and individuals with chrontical diseases were the groups pointed as the main focus of leisure in clinics and hospitals. More studies are necessary to delineate the aspects that interfere in the leisure professional action in clinics and hospitals.

**KEYWORDS:** Leisure. Health Promotion. Professional Action. Clinics. Hospitals.

---

**Endereço da Autora:** Gabriela Baranowski Pinto  
Rua Professor Baeta Neves, nº 71, Bairro João Pinheiro  
Belo Horizonte – MG – 30530-020  
Endereço Eletrônico: gabrielabaranowski@gmail.com

**Recebido em:** 20/11/2006  
**Accito em:** 07/12/2006