

LAZER E PROMOÇÃO DE SAÚDE: UMA APROXIMAÇÃO CONVENIENTE

Recebido em: 30/11/2011

Aceito em: 22/03/2012

Janir Coutinho Batista¹

Universidade Estadual de Campinas
Campinas – SP – Brasil

Olívia Cristina Ferreira Ribeiro²

Universidade Estadual de Campinas
Campinas – SP – Brasil

Paulo Cezar Nunes Junior³

Universidade Federal de Itajubá
Itajubá – MG – Brasil

RESUMO: Este artigo pretendeu contribuir com os diálogos que aproximam o campo da saúde coletiva e o lazer, pois vemos nas práticas de lazer um potente dispositivo para a promoção da saúde. Dessa forma, o presente trabalho teve por objetivos três pontos principais: retomar conceitos e idéias a respeito da concepção de saúde; apresentar o lazer como tema pertinente ao campo de discussão da saúde e ampliar a discussão da promoção de saúde por meio do lazer.

PALAVRAS CHAVE: Saude Pública. Promoção da Saúde. Atividades de Lazer.

LEISURE AND HEALTH PROMOTION: A CONVENIENT APPROXIMATION

ABSTRACT: This article provides some reflections to contribute with the dialogue that bring together the field of collective health and leisure. Thus, the aim of this work are three main points: mentioning the concepts and ideas about the health concepts, present the leisure theme relevant to the field of health discussion and increase the discussion of health promotion through leisure.

KEYWORDS: Public Health. Health Promotion. Leisure Activites.

¹ Mestrando em Saúde Coletiva, Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas.

² Doutoranda em Educação Física, Faculdade de Educação Física, Universidade Estadual de Campinas.

³ Mestre em Educação Física, Professor Assistente II, Coordenador do Centro de Esporte e Lazer, Universidade Federal de Itajubá.

1. A saúde e seu caráter social

Compreender de forma ampliada o conceito de saúde é fundamental para pensar uma prática interdisciplinar que dialogue com outros campos de saberes (CAMPOS, 1998). Nesse sentido, faz-se necessário expandir o horizonte da discussão para além das concepções e práticas de saúde fundamentadas na doença e aproximar o foco na esfera social e na promoção da saúde.

Historicamente, o entendimento do processo de saúde – adoecimento esteve sempre atrelado aos determinismos biológicos que ganharam força no século XIX, com o advento da bacteriologia e da fisiopatologia. Influenciados pelo pensamento positivista, que defende o conhecimento verdadeiro somente como aquilo que pode ser observado e intelectualizado, os médicos acreditavam ser possível erradicar todas as doenças, uma vez compreendida a causa biológica. Nesse período, a saúde, bem como a doença, era concebida como alterações biológicas, e seu contexto social era desconsiderado (NUNES, 2000).

Mesmo com todo o avanço da ciência médica e das medidas sanitárias, os índices de mortalidade eram altos e as condições de vida nas cidades eram extremantes ruins (NUNES, 2000). A condição saúde-doença era tão alarmante que o paradigma biológico precisou ser revisto. A realidade apresentava pistas que apontavam para o diálogo da saúde com outras áreas de conhecimento que pudessem prevenir e reverter o quadro de insalubridade urbana.

Dessa forma, ocorreu a necessidade de uma reforma sanitária que englobasse a coletividade e o direito à saúde como foco de sua atuação, desviando o olhar para medidas que levassem em consideração não somente o individual e o biológico, mas, sobretudo, a dimensão social que determinava a saúde.

No Brasil, na década de 70, um grupo de médicos sanitários travou uma grande crítica ao modelo médico assistencial, propondo uma ampliação do debate e da atuação dos serviços e práticas de saúde (NUNES, 2000). Para eles, a atenção e o cuidado são uma zona de intersecção com outras áreas de conhecimento e, para esta ser mais efetiva, é necessário pensar na articulação de políticas e de práticas como importantes ferramentas de garantia da vida.

Essa integração da saúde com outros campos de saber criou um espaço para pensar o lazer como um importante dispositivo de promoção da saúde, uma vez que suas intervenções e vivências atuam na dimensão lúdica da vida. Por meio do lazer, estimula-se a capacidade criativa e inventiva das pessoas e dos grupos, ao participarem das atividades esportivas, do teatro, de atividades artísticas e de jogos. Investe-se, assim, na qualidade de vida e nas condições de saúde de todos (CARVALHO, 2005).

Não por acaso, é exatamente durante a reforma sanitária da década de 1980 que o lazer começa a ser respaldado pelas políticas públicas como direito social. A criação de núcleos de pesquisas e a produção técnica e científica na área, atrelada ao aparecimento do lazer nas assembleias nacionais constituintes (SANTOS; AMARAL, 2010), corroboraram a ampliação do assunto e facilitaram seu diálogo com outros campos. Nas discussões promovidas na saúde, ficava cada vez mais claro que era essencial pautar as ações dos modelos de atenção e cuidado na promoção de saúde como garantia da vida.

2. O conceito de promoção de saúde

O conjunto de valores que pautam a promoção de saúde, hoje, é fruto das inúmeras reflexões para a ampliação da compreensão do processo de saúde-doença-cuidado. Podemos

dizer que seu conceito foi formulado com a divulgação da Carta de Ottawa (WHO, 1986), considerada o documento fundador da promoção de saúde.

São muitas as diretrizes que norteiam e delimitam seu conceito: habitação, equidade, educação, alimentação, renda, ecossistema estável, justiça social, qualidade de vida, saúde, desenvolvimento, participação, entre outros. E refere-se, ainda, a uma série de ações estratégicas para a efetivação de seu processo: deve-se envolver o Estado (políticas públicas), a comunidade, os indivíduos, o sistema de saúde e as parcerias intersetoriais. Pela ampliação do termo, a promoção da saúde passa a não ser apenas responsabilidade exclusiva do setor de saúde, extrapola os limites do estilo de vida saudável e caminha na direção de um bem-estar global.

Desde a divulgação da Carta de Ottawa, o conceito passou por uma série de reformulações. Em um primeiro momento, de um ponto de vista mais comportamental e associado à orientação sanitária, em que as atividades eram orientadas para a transformação do comportamento (programas de alimentação adequada, práticas corporais etc.), para um outro momento, levando-se em consideração atividades voltadas para o coletivo e para o ambiente, com ações intersetoriais como forma de garantir o acesso aos bens da saúde por parte de todos.

De acordo com Sicoli e Nascimento (2003), a promoção de saúde pode ser entendida como um conjunto de ações capazes de atuar sobre os determinantes da saúde, que, por sua vez, não se restringem à ausência de doenças, extrapolando a prestação de serviços clínicoassistenciais. O desafio dessa proposta, de acordo com Pinto e Gomes (2008), é o desenvolvimento de ações intersetoriais que englobem a educação, o saneamento básico, a habitação, a renda, o trabalho, a alimentação, o meio ambiente, o acesso a bens e a serviços essenciais, assim como o lazer, entre outros determinantes sociais.

Com base nisto, parte-se, aqui, de uma concepção que supõe a não restrição da saúde à ausência de doença e que abrange um contexto social. Ao pensar a concepção da saúde como produção social, o lazer surge como uma possibilidade de intervenção que busca implementar políticas públicas e ações de âmbito coletivo que extrapolem, inclusive, o enfoque de risco – campo da prevenção. No entanto, antes de aprofundar a discussão do campo da saúde e lazer, consideramos prudente delimitar o tema lazer e entendê-lo como um dispositivo para a promoção de saúde.

3. Lazer e conduta à saúde

Enfim, queres saber quão pouco vivem os ocupados? Vê como desejam viver longamente. Velhos decrépitos mendigam em suas orações um acréscimo de uns poucos anos; procuram parecer menos idosos e lisonjeiam-se com mentiras e encontram tanto prazer em enganar a si próprios, que é como se enganassem junto o destino. Mas, quando uma enfermidade qualquer adverte-os de que são mortais, morrem tomados de pavor, não como se deixassem à vida, mas como se ela lhes fosse arrancada. Ficam gritando que foram tolos em não viver e que, se por acaso escaparem da doença, haverão de viver no ócio; então, tomam consciência de quão inútil foi adquirir o que não desfrutaram, e de como todos os seus esforços resultaram em vão.

Sêneca

Esse trecho do clássico *Sobre a brevidade da vida* de Sêneca endossa o argumento que estamos construindo a respeito da proximidade existente entre os temas da saúde e do lazer. A longa vida ou a vida preenchida pela plenitude das atividades de ócio, de desfrute e de reflexão sobre si afastariam as enfermidades, embora todos sejam mortais e, ainda, prolongaria a vida dos desocupados, embora esta seja breve.

Com esse apelo, Sêneca nos impele a pensar, e já naquele tempo o fazia, sobre a centralidade que o trabalho ocuparia no desenvolvimento da vida na sociedade.

Se, naquela época, o termo mais corrente para traduzir a ação *contra a ocupação* era a palavra ócio, a partir do século XVII, principalmente, este vocábulo passa a ser

substituído pelo termo lazer. Isso porque é por volta desse período que o sentido de ócio começa a ganhar conotação pejorativa, em ocasião do surgimento da nova forma de organização do trabalho advinda da revolução industrial inglesa.

Pensar a etimologia das palavras, muitas vezes, pode ser uma ferramenta importante para entendermos esta e outras questões polêmicas e paradigmas muitas vezes cristalizados pela carga de imaginários e significações formadas ao redor dele.

No caso do vocábulo lazer, essa afirmação é patente. A palavra vem do latim: *licere* - *aquilo que é lícito*. O termo surge no mesmo período em que a palavra trabalho começa a substituir labor, para designar as novas formas de organização das atividades fomentadas pela revolução industrial na Inglaterra. Trabalho viria de *tripalium* (BUENO, 1988), um instrumento feito de três paus aguçados, com ponta de ferro, no qual os antigos agricultores batiam os cereais para processá-los. “Por muito tempo, a palavra trabalho significou também experiência dolorosa, padecimento, cativo, castigo.” (BUENO, 1988, p. 232). Finalmente, se buscarmos o sentido etimológico da palavra saúde, chegaremos ao radical *salus*, termo que designava o atributo principal dos inteiros, intactos (ALMEIDA FILHO, 2000).

Ao resgatar o sentido da longevidade e da ausência de enfermidades previsto em Sêneca (1993), passamos inevitavelmente pela idéia e pela atitude do ócio, do lazer, do deixar-se levar por atividades de conduta livres para ganhar cada vez mais integridade, viver uma vida inteira, intacta e, conseqüentemente, saudável.

As ocupações exacerbadas e as “torturas” que nos acometem diariamente precisam ser revistas se quisermos pensar em promoção de saúde e qualidade de vida. Numa sociedade na qual prevalece o trabalho como tema central (e também como encadeador de inúmeros processos de adoecimento), nada melhor do que problematizar seu suposto contrário, “o lazer”, para entender o fenômeno a partir de seu par binário. Segundo o filósofo francês

Michel Foucault, a polarização entre estruturas que enunciam um determinado assunto auxilia na compreensão geral de questões relacionadas a ele (FOUCAULT, 1988). Quando o par trabalho-lazer é acionado, imediatamente ligamos o primeiro a uma carga de significados, em oposição ao segundo. É esse entendimento binário que nos dá pistas para elucidar o imaginário e os papéis que estão por trás de cada um deles.

Tanto no campo da saúde quanto em outras áreas do conhecimento, muitas vezes, ainda é possível observar uma generalização a respeito do lazer que precisa ser revista. Trata-se da aproximação comumente feita entre lazer e atividade física, quando a expressão atividade física é definida, com poucas variações, como qualquer movimento corporal que resulta em substancial aumento do gasto energético acima dos níveis de repouso (CARVALHO; FREITAS, 2006).

Esse entendimento de lazer, muitas vezes, está incorporado em documentos públicos e textos de leis, como ocorre com o trecho apresentado a seguir, o qual associa o lazer à “práticas corporais / atividade física como caminhadas, prescrição de exercícios, práticas lúdicas, esportivas e de lazer, na rede básica de saúde, voltadas tanto para a comunidade como um todo quanto para grupos vulneráveis (BRASIL, 1988).”

Ao desconstruir esta generalização, Gomes (2004) entende o lazer como campo de manifestações e vivências culturais, as quais implicam na atitude e na vontade do indivíduo. Inclui, nesse sentido, “o jogo, a brincadeira, a festa, o passeio, a viagem, o esporte e, também, as diversas formas de arte (pintura, escultura, literatura, dança, música, cinema), dentre várias outras possibilidades, inclusive do ócio” (GOMES, 2004, p. 89).

Esse leque de vivências multiplica os usos e as formas de associação do campo do lazer com o campo da saúde, principalmente na promoção de saúde e nas formas de cuidado

e prevenção primária, haja vista as inúmeras frentes de trabalho observadas ao longo da última década.

Isayama (2005) relatou a experiência de estudantes de educação física que atuaram num projeto de extensão, em que promoveram a vivência do lúdico na clínica de hematologia no Hospital das clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais. Nesse projeto, diversas atividades de lazer, como jogos, brincadeiras e confecção de brinquedos, eram oferecidas às crianças em tratamento, durante três dias da semana, enquanto aguardavam pelo atendimento ambulatorial. Pais e profissionais do hospital também eram estimulados a interagir, no sentido de contribuir para uma melhoria das relações pessoais naquele espaço. Os diálogos com as crianças bem como a reunião com estagiários, supervisores e coordenadores do projeto demonstraram que as atividades oferecidas configuraram-se como um momento de possibilidades de motivação, alegria e diminuição de quadros de ansiedade.

Segundo Carvalho (2008), ações com outros campos do conhecimento já vêm sendo implantadas desde janeiro de 2008, quando o Ministério da Saúde criou os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF). Uma das estratégias de intervenção do SUS (Sistema Único de Saúde) foi o Programa Saúde da Família, presente na maioria dos municípios brasileiros, que conta hoje com equipes multiprofissionais, entre eles os professores de educação física, profissional reconhecido pela equipe dos NASF e responsável pela oferta dessas práticas corporais e lúdicas.

Ainda no setor público, a presença do educador físico e do terapeuta ocupacional em programas de saúde da família e de atenção básica comprova esta afirmação, além de inúmeras outras iniciativas desencadeadas por grupos e organizações não governamentais ligadas a grande área da saúde, como é o caso, por exemplo, das repercussões do trabalho de palhaços dos *Doutores da Alegria* (MASETTI, 1998).

Do ponto de vista legal, o lazer, assim como a saúde, é um direito social previsto na Constituição Brasileira. Outros documentos oficiais e mundiais também trazem a preocupação e/ou a presença do lazer, a exemplo dos textos da Declaração Universal dos Direitos Humanos (ONU, 1948) e da Organização Mundial de Saúde (OMS). Esta última atribui uma importância ao lazer, ainda que de forma indireta, quando considera e apresenta o conceito de promoção de saúde (PINTO; GOMES, 2008).

Outros documentos e leis em âmbito nacional contemplam o lazer como parte de seus aparatos, como é o caso do Estatuto da Criança e do Adolescente, de 1990, e o Estatuto do Idoso, de 2003. O direito ao lazer também está presente na Política Nacional para a Integração das Pessoas Portadoras de Deficiência e é citado juntamente com a cultura, o esporte e o turismo. Na Lei n. 8080 (BRASIL, 1990), título 1, art. 3, o lazer é considerado como um dos componentes determinantes da saúde da população, e a Lei 10216, art. 4, que trata dos direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais, destaca o lazer como um serviço obrigatório no tratamento destas em regime de internação, como demonstra Pinto (2008).

A Política Nacional de Promoção de Saúde também traz o lazer como um dos seus objetivos gerais, como exposto abaixo:

Promover a qualidade de vida e reduzir vulnerabilidade e riscos à saúde relacionados aos seus determinantes e condicionantes – modos de viver, condições de trabalho, habitação, ambiente, educação, lazer, cultura, acesso a bens e serviços essenciais (BRASIL, 1988).

Embora contemplados nesses documentos e leis como um direito, o lazer ainda é visto como um fenômeno secundário, ou até mesmo sem importância, pelos responsáveis pela implementação das políticas públicas do setor. Isso porque, muitas vezes, a discussão ampliada sobre o tema não consegue chegar até os gestores públicos, ou até a execução de

políticas sociais e projetos. Embora exista um acúmulo de pesquisas, de estudos de caso e, inclusive, de medidas propositivas por parte de núcleos de estudos e publicação de trabalhos científicos, muitas vezes persiste um distanciamento destes com os sujeitos que implementarão o lazer nos mais diversos âmbitos sociais.

É mais ou menos o que se passa com o campo da saúde. Corriqueiramente, os princípios previstos pelo nosso sistema único de saúde, modelo de política pública exemplar no mundo todo, se perdem nos corredores hospitalares e nos demais espaços de saúde por todo o país. Há falhas de qualificação profissional, de gestão pública, de ética profissional, de concepção de saúde, de diálogo com outras áreas de conhecimento, entre outras tantas justificativas.

O fato é que, em ambos os casos, é preciso persistir e prezar sempre pelo diálogo entre as demandas sociais. Nesse sentido, o campo da saúde e o campo do lazer têm muitos assuntos a tratar, não somente no âmbito científico e acadêmico, mas, sobretudo, na proposição de medidas e de soluções que auxiliem no aumento do estado de saúde e na qualidade de vida da sociedade como um todo.

4. O lazer e a promoção de saúde

De modo geral, é possível dizer que a promoção da saúde é entendida como a forma de analisar o processo saúde-doença na articulação das políticas e das práticas do grande setor da saúde, ampliando as possibilidades de corresponsabilização e cogestão entre os diferentes atores, instituições e movimentos sociais, na criação de intervenções que contribuam para a efetivação da integralidade do cuidado, considerando a diversidade cultural e regional dos territórios e das comunidades.

No processo de promoção de saúde, é importante ainda que haja a organização da assistência e do trabalho intra e intersetorial, favorecendo a participação de diferentes setores profissionais e sujeitos sociais na geração de saúde. O lazer e outros setores públicos, tais como a educação, a cultura, o saneamento básico etc., são importantes neste processo, uma vez que estão direta ou indiretamente ligados às ações na geração de qualidade de vida e hábitos saudáveis para toda a população.

A princípio, essas áreas “alheias” ao campo da saúde não são tão importantes no quadro geral de saúde pública em nosso país. Isso porque as concepções e práticas predominantes historicamente na área da saúde fundamentaram-se na sua relação com a doença (NUNES, 2000), o que corrobora para o entendimento tradicional construído acerca do tema pelas ciências médicas, majoritariamente biológicas. Esse contexto faz com que, nos dias atuais, dificilmente se consiga analisar o quadro de saúde de um indivíduo sem considerar as doenças que este possui, colocando em segundo plano as possibilidades de lazer e usos do tempo que este pode ter.

Nesse sentido, Singer, Campos e Oliveira (1988) salientam que, em relação à conduta externa ao organismo, também denominada integração e ajustamento social, a medicina tem assumido a tarefa de prevenir, corrigir ou reprimir comportamentos considerados desviantes da normalidade.

Antes disso, consideramos que esses supostos desvios e atividades não pertencentes ao escopo da medicina tradicional devem ser analisados e considerados, sobretudo como determinantes sociais de saúde.

Por meio desse entendimento, a saúde torna-se produto de um amplo espectro de fatores relacionados com a qualidade de vida, que inclui, além da oferta e da possibilidade de atividades de lazer e uso equilibrado do tempo, um padrão adequado de alimentação e

nutrição, de habitação e saneamento, boas condições de trabalho, oportunidades de educação ao longo de toda a vida, ambiente físico limpo, apoio social para famílias e indivíduos, estilo de vida responsável e um espectro adequado de cuidados de saúde. (BUSS, 2000). À medida que promovem saúde, essas atividades estão mais voltadas ao coletivo de sujeitos e ao ambiente como um todo, compreendendo aspectos físicos, sociais, políticos, econômicos e culturais, por meio de políticas públicas e de condições favoráveis ao desenvolvimento da saúde.

Essa concepção caracteriza as diretrizes gerais do modelo atual de promoção de saúde e atribui protagonismo ao papel de cada sujeito como fomentador dos determinantes gerais sobre as condições de saúde.

Na Lei n. 8080 (BRASIL, 1990), título 1, art. 3, o lazer é citado como um dos componentes determinante da saúde da população e, na opinião de Pinto e Gomes (2008), ao ser um dos objetivos da política de promoção de saúde brasileira, o lazer traz um novo sentido para a área da saúde e ressalta novos fatores para a sua manutenção.

Pensamos o lazer como campo multidisciplinar e que pode servir de intersecção para vários assuntos e temas sociais, assim como a saúde. Quando defendemos a importância da criação de políticas públicas, de projetos e de criação de espaços de lazer nas cidades, não queremos abordar o tema de forma isolada: a construção de uma praça específica ou de um programa de recreação isolado, como ainda pode ser observado na execução de algumas políticas sociais mais focais.

Antes disso, defendemos um diálogo sólido e ativo entre diferentes áreas do conhecimento, na figura de profissionais e de setores públicos responsáveis. Entendemos que esforços nesse sentido contribuem para a promoção e para a construção de um quadro de saúde que priorize o coletivo, o público e o social como dimensões importantes, e que, ainda

hoje, são pouco exploradas no que diz respeito à produção do conhecimento e, principalmente, à intervenção em lazer.

5. Considerações finais

As discussões travadas no campo da saúde, principalmente nas últimas décadas, renderam uma série de argumentos que hoje nos permitem analisar, com clareza, que a saúde não é apenas determinada por fatores biológicos, ou que as ações de promoção de saúde são imprescindíveis para que sejam diminuídos os riscos epidemiológicos e os processos de doença. Do mesmo modo, conforme relatado ao longo do texto, o lazer também não pertence a uma esfera meramente utilitarista, restrita e associada apenas a alguns aspectos da atividade física.

Ao ampliar o seu conceito, chegamos facilmente ao encontro deste com as práticas do campo da saúde e, sobretudo, com as práticas de promoção de saúde. Muitas vezes, ao entrarmos em contato com trabalhos sobre qualidade de vida, sobre experiências de sucesso com saúde primária e atenção, que tocam nas temáticas do jogo, do lúdico, da arte, da brincadeira, percebemos o quanto estas iniciativas aproximam lazer e saúde, embora isso nem sempre esteja claramente explicitado.

Na procura por publicações, títulos e resumos, encontramos poucos trabalhos que estreitam o diálogo do campo da saúde com o do lazer. Além disso, infelizmente, ainda são poucos os estudos brasileiros que buscam relacionar o lazer como um dispositivo de promoção de saúde. Há esforços nesse sentido, principalmente derivados de experiências que relatam o lazer e sua relação com o aumento da socialização e da promoção de bem-estar com suas intervenções, como é o caso de Isayama (2005).

Entendemos que iniciativas como essa são importantes, uma vez que reforçam o caráter multidisciplinar, em que o campo da saúde está apoiado atualmente. Dessa forma, este texto procurou dar continuidade a um tema que ainda é relativamente pouco investigado dentro do meio acadêmico, embora apresente demandas por parte de ações, projetos intersetoriais e políticas públicas.

Quando elegemos uma prática de lazer, elegemos, na verdade, experiências que nos sejam agradáveis e mais adequadas ao uso de nosso tempo livre. A escolha de uma determinada vivência alcança não somente benefícios biológicos (de condicionamento físico, regulação e fortalecimento de sistemas metabólicos etc.), mas interfere também em outros determinantes sociais (sociabilidades, uso equilibrado do tempo, acesso à cultura etc.), que, certamente, desencadearão resultados na manutenção da saúde como um todo.

Se pensarmos em atividades lúdicas em grupos de terceira idade, por exemplo, fica mais claro entendermos que, nesse caso, as sociabilidades, as redes de contato e o compartilhamento mútuo de determinados momentos do dia serão os determinantes que influenciarão no estado de saúde de cada sujeito. O uso equilibrado do tempo para grupos que passam longos turnos de trabalho árduo ou o acesso à arte (teatro, dança, cinema etc.), para populações desprovidas desses bens culturais, poderá influenciar centralmente no bem-estar e na qualidade de vida de grupos com perfis e estilos de vida próximos.

Isso tudo nos permite dizer que o lazer pode fornecer significados muito importantes à vida e promover experiências que auxiliam nos sentidos e na brevidade anunciada por Sêneca (1993). Imaginamos que este *desfrute da vida* e a promoção de saúde têm muitos pontos em comum, que somente poderão ser mais bem compreendidos se adotarmos os valores lúdicos e os sentidos de liberdade trazidos pelo lazer em nosso dia a dia.

REFERÊNCIAS

- ALMEIDA FILHO, N. Qual o sentido do termo saúde? **Cadernos Saúde Pública**, Rio de Janeiro, n.16, v.2, p. 300-301, 2000.
- BUENO, F. S. **Grande Dicionário etimológico-prosódico da língua portuguesa**. São Paulo: Lisa, 1988.
- BUSS, P. M. Promoção da saúde e qualidade de vida. **Revista Ciências Sociais e Saúde Coletiva**, São Paulo, v. 5, n.1, p. 163-77, 2000.
- BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**. São Paulo: Tecnoprint, 1988.
- BRASIL, Ministério da Saúde. **Lei n. 8080**, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, 1990.
- CAMPOS, G. W. S. O anti-Taylor: sobre a invenção de um método para co-governar instituições de saúde produzindo liberdade e compromisso. **Cadernos Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 14 n.4, p. 863-870, 1998.
- CARVALHO, Y. M. **Lazer e Saúde**. Brasília: Sesi/DN, 2005.
- _____. O Estado Brasileiro e os Direitos Sociais: a saúde. *In*: HUNGARO, E. M. (Org.). **Estado, política e emancipação humana**. Santo André: Alpharrabio, 2008. p.145-158.
- _____.; FREITAS, F. F. Atividade física, saúde e comunidade. **Cadernos Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.14, v.3, p. 489-506, 2006.
- FOUCAULT, M. **A ordem do discurso**. São Paulo: Loyola, 1988.
- GOMES, C. L. (Org.) **Dicionário crítico do lazer**. Belo Horizonte: Autêntica, 2004.
- ISAYAMA, H. F. *et al.* Vivência lúdica no hospital: intervenção da Educação Física com crianças da clínica de hematologia. *In*: ENCONTRO DE EXTENSÃO DA UFMG, 8, 2005. **Anais...**Belo Horizonte, 2005. p. 1-6.
- MASETTI, M. **Soluções de palhaços**: transformações na realidade hospitalar. São Paulo: Palas Athena, 1998.
- NUNES, E. N. A doença como processo social. *In*: CANESQUI, A. M. (Org). **Ciências Sociais para o Ensino Médico**. São Paulo: Hucitec, 2000. p. 217-229.
- ONU. **Declaração dos Direitos Universais do Homem**. Genebra: Assembléia Geral da ONU (Impresso), 1948.
- PINTO, L. M. M. Políticas públicas de lazer: uma história a contar. *In*: MARCELLINO, N. C. **Políticas públicas de lazer**. Campinas: Alínea, 2008. p.79-96.

PINTO, G. B.; GOMES, C. L. Lazer e saúde: diálogos possíveis. *In: SEMINÁRIO O LAZER EM DEBATE*, 9, 2008. **Anais...** São Paulo: 2008.

SANTOS, F. C.; AMARAL, S. C. F. Procurando o lazer na Assembléia Nacional Constituinte. *In: XI SEMINÁRIO O LAZER EM DEBATE*, 11, 2010. **Anais...** Natal: 2010. 1 CD Room.

SINGER, P.; CAMPOS, O.; OLIVEIRA, E. M. **Prevenir e curar**: o controle social através dos serviços de saúde. São Paulo: Forense Universitária; 1988.

SÍCOLI, J. L., NASCIMENTO, P. R. Health promotion: concepts, principles and practice, **Interface** - Comunic, Saúde, Educ, v.7, n.12, p.91-112, 2003.

WHO. Carta de Ottawa. *In: Ministério da Saúde/FIOCRUZ. **Promoção da Saúde**: Cartas de Ottawa, Adelaide, Sundsvall e Santa Fé de Bogotá.* Brasília: Ministério da Saúde/IEC, 1986. p. 11-18.

Endereço dos Autores:

Janir Coutinho Batista
R. Alcides Rossini Duarte da Conceição, 64
Jd. Novo Barão
Campinas – SP – 13084-722
Endereço Eletrônico: janirbatista@hotmail.com

Olívia Cristina Ferreira Ribeiro
Av. Moraes Salles, 1539, apto 06 – Cambuí
Campinas – SP – 13010-002
Endereço Eletrônico: oliribeiro@uol.com.br

Paulo Cezar Nunes Junior
R. Benedito Borges, 205, Bela Vista,
Itajubá – MG – 37502-173
Endereço Eletrônico: pcn_junior@yahoo.com.br