

O LAZER NA HUMANIZAÇÃO HOSPITALAR: DIÁLOGOS POSSÍVEIS¹

Recebido em: 15/11/2010

Aceito em: 17/05/2011

*Hélder Ferreira Isayama*²
*Fernanda Tatiana Ramos Siqueira*³
*Natália de Sousa Araújo*⁴
*Gabriela Baranowski Pinto*⁵
*Tatiana Roberta de Souza*⁶
*Laís Machado Nunes*⁷

Oricolé – EEEFTO – UFMG
Belo Horizonte – MG – Brasil

RESUMO: Na atualidade, surge a possibilidade de desenvolvimento de ações ligadas ao lazer dos sujeitos envolvidos com o ambiente hospitalar, sejam eles pacientes, médicos, enfermeiros, assistentes sociais e até mesmo os acompanhantes. O objetivo deste artigo de revisão é discutir as possibilidades de inserção do lazer no contexto da Humanização Hospitalar, tendo em vista identificar quais os possíveis diálogos entre esses dois campos. Como considerações finais, entendemos que o lazer pode ser um elemento importante para ampliar as possibilidades de humanização hospitalar. A Política de Humanização Hospitalar desenvolvida pelo Ministério da Saúde apresenta vários aspectos que podem incluir a ação no campo do lazer, bem como a atuação profissional nesse, dentre eles citamos: a valorização dos sujeitos, a constituição de um sistema de saúde em redes, a superação do entendimento de saúde enquanto ausência de doença, o trabalho interdisciplinar, dentre outros aspectos.

PALAVRAS-CHAVE: Atividades de Lazer. Humanização da Assistência. Hospitais.

¹ Este texto é parte das reflexões realizadas no Projeto de Pesquisa “Lazer e Humanização Hospitalar: Estudo do Caso do Programa de Humanização Hospitalar do Hospital das Clínicas da UFMG”, que contou com apoio da Fapemig, financiamento do Edital Universal no período de 2009-2011.

² Docente do Programa de Mestrado em Lazer da UFMG. Líder do Grupo de Pesquisa Oricolé – Laboratório sobre Formação e Atuação Profissional em Lazer da UFMG. Membro do Grupo de Pesquisa em Lazer (GPL-Unimep).

³ Discente do Curso de Graduação em Educação Física da UFMG. Bolsista de Iniciação Científica da Fapemig.

⁴ Discente do Curso de Graduação em Educação Física da UFMG. Bolsista de Iniciação Científica da Fapemig.

⁵ Licenciada em Educação Física. Mestre em Lazer pela UFMG.

⁶ Bacharel em Turismo. Mestre em Lazer pela UFMG.

⁷ Discente do Curso de Graduação em Educação Física da UFMG.

LEISURE IN HOSPITAL HUMANIZATION: DIALOGUE POSSIBLE

ABSTRACT: Nowadays, there is the possibility of development of actions linked to the leisure of those involved with the hospital, whether patients, doctors, nurses, social workers and even the companions. The purpose of this review article is to discuss the possibilities of integration of leisure in the context of Humanization Hospital in order to identify what the possible dialogues between these two fields. In conclusion, we understand that leisure can be an important element to enlarge the possibilities of humanization hospital. The Hospital Humanization Politics developed by the Ministry of Health has several aspects which may include action on the field of recreation as well as the professional in this, among them we cite: the valuation of the subject, the establishment of a health system networks, overcoming the understanding of health as absence of disease, interdisciplinary work, among other things.

KEYWORDS: Leisure Activities. Humanization of Assistance. Hospitals.

INTRODUÇÃO

Nosso mergulho no contexto da Política de Humanização do Ministério da Saúde, criada em 2000, mostrou que os estudos sobre humanização no Brasil ainda são incipientes, considerando que esta é uma temática que só começou a ser amplamente discutida nos últimos anos.

Nesse sentido, a criação do Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar, em 2000, estimulou bastante a ampliação do aporte teórico para que medidas fossem implementadas em hospitais da rede pública buscando mudanças permanentes na cultura de atendimento à saúde.

Como ainda não são consensuais os contornos teóricos e mesmo operacionais do que se convencionou designar humanização, sua abrangência e aplicabilidade não estão inteiramente demarcadas gerando algumas polêmicas acerca do uso desse termo.

Essa falta de clareza na definição decorre de sua natureza subjetiva, visto que os aspectos que a compõem têm caráter singular e sempre se referem às pessoas e, portanto, a

um conjunto contraditório e ampliado de necessidades. Nesse contexto, ao falarmos de humanização e de pessoas, falamos de uma série de fatores como, por exemplo, o lazer. Assim, há a possibilidade de desenvolvimento de ações de humanização ligadas ao lazer junto aos sujeitos envolvidos com o ambiente hospitalar, sejam eles pessoas em tratamento, médicos, enfermeiros, assistentes sociais e até mesmo os acompanhantes. Mas essa possibilidade é concretizada nos projetos de humanização existentes?

Pensando nisso, fomos nos questionando de que maneira o lazer pode se concretizar como uma possibilidade de humanização hospitalar. Pesquisar o lazer nos programas e projetos de humanização de hospitais é importante para fornecer elementos que nos auxiliem a explorar e conhecer possibilidades de atuação neste espaço de interesse crescente, ampliando o olhar de profissionais de diversas áreas de modo a contribuir para repensar o papel do lazer nestas instituições.

Sendo assim, o objetivo deste texto é discutir as possibilidades de inserção do lazer no contexto da Humanização Hospitalar, tendo em vista identificar quais os possíveis diálogos entre esses dois campos e destacar algumas ações que já vem sendo desenvolvidas buscando aproximar essas temáticas. Portanto, o texto busca revisar a literatura existente na tentativa de encontrar pistas que nos auxiliem nas aproximações entre humanização hospitalar e lazer.

SOBRE A HUMANIZAÇÃO HOSPITALAR

Os estudos sobre humanização no Brasil ainda são incipientes tendo em vista que esta é uma temática que só começou a ser discutida com maior frequência nos últimos anos e teve na criação do Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar, em

2000, o aporte teórico para que medidas fossem implementadas em hospitais da rede pública buscando mudanças permanentes na cultura de atendimento à saúde.

Segundo Silva (2006), o hospital caracteriza-se por ser um estabelecimento voltado para a assistência médica em regime de internação. Estes hospitais apresentam graus variáveis de incorporação de tecnologia, dispendo de vários profissionais da saúde, como médicos e enfermeiros, em regime permanente de atendimento. São localizados, geralmente, em áreas urbanas, com um horário integral de funcionamento e podem ser caracterizados segundo o porte pequeno, moderado ou grande. Alguns deles são voltados exclusivamente para o atendimento mais especializado - certas doenças e clínicas.

O ambiente hospitalar é cercado por realidades antagônicas, como nascimento e morte, esperança e desespero, sucessos e fracassos da ciência, entre outros. E existe um fator preponderante nessa realidade: a presença do ser humano como pacientes, profissionais da área da saúde, acompanhantes ou pessoas que, de forma direta ou indireta, interligam-se a essa realidade e, por serem humanos, dotados de toda uma subjetividade e individualidade, merecem ser tratados como tal. Neste contexto Silva (2006) entende que os hospitais por meio de uma ação mais humanizada podem ser capazes de produzir conhecimento, saúde e a melhoria da qualidade de vida destas pessoas envolvidas no ambiente hospitalar.

Alguns projetos de humanização que estão sendo desenvolvidos em áreas

específicas da assistência, tais como: “Maternidade Segura”⁸ e o “Método Canguru”⁹, são amplamente apoiados pelo Ministério da Saúde e pela Organização Mundial de Saúde (OMS, 1996) e considerados referências para a rede pública de saúde.

O emprego do termo “humanização” tem sido utilizado com frequência nas instituições de saúde e muitos são os significados atribuídos a ele. Mas o que significa humanização?

O Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar (BRASIL, 2000) entende a humanização “como valor, na medida em que resgata o respeito à vida humana”, levando-se em conta “circunstâncias sociais, éticas, educacionais e psíquicas presentes em todo o relacionamento humano”. O projeto tem como objetivo precípua elevar a qualidade do atendimento à saúde materno-infantil, reduzindo, dessa forma, a morbimortalidade, por meio do credenciamento de instituições que promovam a assistência integral à saúde da mulher e da criança. Esse projeto faz parte de um esforço do Serviço de Assistência à Saúde Materno-Infantil do Ministério da Saúde, Federação Brasileira das Sociedades de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO), Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF), Organização Panamericana da Saúde (OPAS) e Fundo das Nações Unidas para a população (FNUAP). Esse documento, criado em maio de 2000, propõe um conjunto de

⁸ O projeto tem como objetivo precípua elevar a qualidade do atendimento à saúde materno-infantil, reduzindo, dessa forma, a morbimortalidade, por meio do credenciamento de instituições que promovam a assistência integral à saúde da mulher e da criança. Esse projeto faz parte de um esforço do Serviço de Assistência à Saúde Materno-Infantil do Ministério da Saúde, Federação Brasileira das Sociedades de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO), Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF), Organização Panamericana da Saúde (OPAS) e Fundo das Nações Unidas para a população (FNUAP). Disponível em: <http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/folder/10006002455.PDF>. Acesso em: 04 jun. 2010.

⁹ O Método Canguru tem como objetivo o aumento do contato de mãe-filho, ocorrendo, dessa forma, longos períodos de estimulação sensorial, estímulo ao aleitamento materno, possibilidade de aquisição de maior confiança e competência para os pais diante do manuseio do filho de baixo peso. Dessa forma, permite o contato precoce, concretizado de maneira orientada, por livre escolha da família, de forma crescente, segura e acompanhado de suporte assistencial por uma equipe de saúde adequadamente treinada. Disponível em: <http://www.portalhumaniza.org.br/ph/texto.asp?id=58>. Acesso em: 10 jul. 2010.

ações integradas visando mudar o padrão de assistência ao usuário nos hospitais públicos do Brasil e cujo objetivo fundamental é aprimorar as relações entre profissional de saúde e usuário, dos profissionais entre si, e do hospital com a comunidade (BRASIL, 2000).

Dessa maneira, leva-se em consideração “a singularidade das necessidades do usuário e também dos profissionais”, ou seja, a qualidade do fator humano e do relacionamento que se estabelece entre profissionais e usuários no processo de atendimento. Isso ocorre, porque se sabe que o atendimento à saúde não se limita somente aos aspectos técnico-científicos historicamente privilegiados que, sobretudo na área da saúde, não funcionam sozinhos (BRASIL, 2000).

Segundo Mota, Martins e Vêras (2006), a humanização é entendida como uma estratégia de interferência no processo de produção da saúde, levando em conta que os sujeitos sociais, quando incentivados, são capazes de modificar realidades, transformando-se a si próprios neste mesmo processo. Trata-se, sobretudo, de investir na produção de um novo tipo de interação entre os sujeitos que constituem os sistemas de saúde e deles usufruem, acolhendo tais atores e formulando seu protagonismo.

No entanto, como ainda não são consensuais os contornos teóricos e mesmo operacionais do que se convencionou designar humanização, sua abrangência e aplicabilidade não estão inteiramente demarcadas gerando algumas polêmicas acerca do uso desse termo. A complexidade de sua definição decorre de sua natureza subjetiva, visto que os aspectos que a compõem têm caráter singular e sempre se referem às pessoas e, portanto, a um conjunto contraditório de necessidades.

Nesse sentido, Deslandes (2004) afirma que embora constitua o alicerce de um amplo conjunto de iniciativas, o conceito de "humanização da assistência" ainda carece de uma definição mais clara. Isso faz com que o entendimento e o emprego desse termo sejam

acompanhados de alguns questionamentos provocando resistências nas instituições de saúde (BOARETTO, 2004). De acordo com esse autor o conceito pode ser até mesmo negado pelos profissionais, visto que defender a humanização das práticas assistenciais significaria admitir que nós humanos perdemos nossa humanidade.

De acordo com Campos (2005), a idéia de “desumanização” está relacionada a um grande desequilíbrio de poder nas interações sociais. Assim, o grupo que concentra o poder se aproveita dessa vantagem para desconsiderar interesses e desejos do outro, e acaba por reduzi-los ao caráter de objeto, que são manipulados em função dos interesses e necessidades de quem domina. Por isso, o autor comenta que não há como ter projetos de humanização se não houver democratização das relações interpessoais no interior das instituições.

Corrêa e Casate (2005) pensam que a humanização se faz necessária considerando que nos serviços de saúde há situações “desumanizantes”. São apontadas falhas na organização do atendimento, na relação com o doente e nas condições de trabalho. A racionalização, a mecanização e a burocratização excessiva do trabalho contribuem para esse processo. Atrelado a isso, a desvalorização dos trabalhadores que sofrem com baixos salários, condições inadequadas de trabalho, jornadas duplas ou até triplas, cansaço, ausência de investimentos em processos de educação continuada que poderiam contribuir para uma atuação mais qualificada junto aos pacientes, e o frágil vínculo com os usuários são alguns aspectos considerados desumanizantes.

Em 2002, o Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar foi então reformulado e a partir daí implementou-se a Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão no Sistema Único de Saúde - “HumanizaSUS”, que procura atravessar diferentes ações e instâncias gestoras do SUS. A proposta do HumanizaSUS apresenta algumas

diferenciações ao incorporar no conceito de humanização a necessidade da melhoria de aspectos organizacionais do sistema e dos serviços de saúde (FORTES, 2005).

Nessa política, a humanização é compreendida a partir da valorização dos diferentes sujeitos implicados no processo de produção de saúde, valorizando a autonomia e o protagonismo dos envolvidos, a co-responsabilidade na produção da saúde, participação coletiva no processo de gestão e o estabelecimento de vínculos solidários (BRASIL, 2005).

Segundo Benevides e Passos (2005), humanizar a atenção e a gestão em saúde no SUS pode ser um meio para qualificar as práticas de saúde, por meio do acesso com acolhimento; atenção integral e equânime com responsabilização e vínculo; valorização dos trabalhadores e usuários com avanços na democratização da gestão e no controle social participativo.

A urgência da discussão e da implantação dessa política se amplia na medida em que analisamos as maneiras com as quais as instituições de saúde se organizam, e a forma com a qual o trabalhador tem participado desse processo. Os modelos centralizados e verticalizados das instituições de saúde que desapropriam o trabalhador do seu próprio processo de trabalho podem contribuir cada vez mais para situações em que o paciente não é atendido em sua totalidade.

E para o paciente, estar hospitalizado é viver uma vida diferente, ter sua rotina transformada, é estar momentaneamente sem trabalho, sem os estudos ou sem o lazer, convivendo com dores e com aquilo que o faz sofrer. Uma ação mais humanizada poderá amenizar este momento de dor e sofrimento, independente da faixa etária do paciente. E, de acordo com Pagotto e Silva (2006), não podemos nos esquecer que a criança no contexto hospitalar não deixa de ser criança, e nem o adulto internado deixa de ser adulto. Dessa

forma, temos que pensar uma ação humanizada que leve em consideração as necessidades e os interesses destes pacientes.

Ainda em relação às crianças, Alamy¹⁰ (2007, *apud* PINTO, 2009) cita alguns problemas corriqueiros gerados pela hospitalização como, por exemplo, a tristeza e a queda no desenvolvimento, ocasionada pela limitação de atividades impostas pela doença e pelo ambiente físico do hospital; e, a solidão, o desamparo e o abandono decorrentes do sentimento de perda da pessoa querida, principalmente quando as crianças não podem permanecer no hospital ou realizar visitas semanais.

Gregianin *et al.* (1997) defendem que, além do tratamento da doença, as crianças precisam de outras vivências, relacionadas aos aspectos sociais, emocionais, pedagógicos, recreativos, entre outros, que possibilitem uma maior adesão ao tratamento. Estes aspectos, que podem ser realizados pelas ações de humanização, amenizam o impacto da mudança do ambiente domiciliar para o ambiente hospitalar em crianças internadas por longos períodos.

Sobre os adultos, Ferreti e Souza (2004) dizem que existe uma tendência a interiorizar os sentimentos como inquietação, nervosismo, tristeza e tensão. Isto ocasiona uma sobrecarga negativa nos aspectos psicológico e emocional, influenciando a saúde destes pacientes.

Torna-se necessário resgatar a dimensão humana que toda prática de saúde pressupõe. Os conhecimentos sobre a natureza humana e o desenvolvimento de atitudes de valorização do homem são fundamentais para a humanização (CORRÊA; CASATE, 2005). A pessoa atendida não deveria ser reduzida a um objeto de intervenção puramente técnica, e por isso torna-se tão importante destacar o aspecto subjetivo presente em qualquer ação humana, em qualquer prática de saúde (BRASIL, 2005).

¹⁰ ALAMY, Susana. **Ensaio de Psicologia Hospitalar**: a auscultação da alma. 2.ed. Belo Horizonte, 2007.

Mota, Martins e Vêras (2006) acreditam que os profissionais que trabalham com o ser humano devem tratar o outro como humano, ou seja, com igualdade e aproximação, tentando fazer o melhor, respeitá-lo e acompanhá-lo. Eles devem desenvolver as ações necessárias para a humanização, que possibilitem mudanças no tratamento hospitalar. E concluem que para o processo de humanização hospitalar acontecer, médicos, corpo de diretores, enfermeiros e pacientes devem estar envolvidos de forma harmônica.

Seguindo este mesmo raciocínio, Mezomo defende que (2001, p.125), “humanizar o hospital consiste em recriar os laços entre os homens doentes e os homens que se propõem a cuidá-los”. Dessa maneira, a relação que se estabelece entre os sujeitos no âmbito hospitalar não pode ser reduzida a uma patologia. Essa relação pode ser muito mais rica de significados quando os sujeitos envolvidos compartilham suas experiências.

A humanização é um processo amplo, demorado e complexo, em que ocorrem resistências, já que envolve mudanças de comportamento, fato que sempre estimula a insegurança. Os padrões conhecidos sempre parecem mais seguros, ao mesmo tempo, os novos não estão prontos nem em decretos, nem em livros, não tendo características generalizáveis, pois cada profissional, cada equipe, cada instituição terá seu processo singular de humanização (MARTINS, 2001).

Visando os vários benefícios que o processo de humanização carrega consigo, é preciso que sejam trocadas velhas manias por novos hábitos, que levem em consideração a criatividade, a reflexão e a comunicação, na busca de soluções que sejam úteis para a realidade tanto dos usuários que recebem o tratamento digno e acolhedor por parte das pessoas que os atendem, quanto dos profissionais dos hospitais, que tem a possibilidade de resgatar o sentido e valor de sua prática.

Dessa forma, a humanização no ambiente hospitalar é uma proposta de trabalho de forma mais integrada e solidária, levando em consideração aspectos que vão além da razão e da objetividade, onde o ser humano é visto de forma completa e o corpo não é tratado apenas como biológico.

Neste sentido, Mota, Martins e Vêras (2006) sustentam que a preocupação com a humanização hospitalar tem como principal meta a dignidade do ser humano e o respeito por seus direitos, visto que a pessoa humana deve ser considerada em primeiro lugar. A dignidade da pessoa, sua liberdade e seu bem-estar são fatores que devem ser refletidos durante a construção da relação entre o doente e o profissional da saúde.

Para Silva (2006), pensar em serviço humanizado significa escutar, captar e atender, da forma mais completa possível, as necessidades da saúde das pessoas. O princípio de humanização também contempla o conceito de cidadania, a questão é tratar bem o paciente, independentemente da classe social. É proporcionar um atendimento que esteja dentro das possibilidades existentes e suprir as necessidades dos pacientes em um momento tão frágil, o do enfrentamento da doença.

Evidencia-se a preocupação no discurso da Política em considerar a importância que o acesso às tecnologias possui na promoção de uma assistência humanizada. Para Deslandes (2004) a humanização pode ser vista como a capacidade de oferecer atendimento de qualidade, articulando os avanços tecnológicos com o bom relacionamento. Concordamos com essa visão já que a presença de um desses fatores não pode eliminar a existência do outro, entendendo que eles são complementares e que a ausência de um deles implica em perda na qualidade da assistência.

Os profissionais envolvidos têm se esforçado na tentativa de proporcionar ao paciente um modelo de atenção integral. Enfermeiros, psicólogos, médicos e outros

profissionais têm produzido vários trabalhos a respeito da implementação de projetos de humanização, mas na maioria das vezes descrevem os desafios da sua atuação profissional, dando a impressão de que a ação é realizada de maneira isolada. Esses projetos vêm evidenciando uma preocupação em trabalhar na perspectiva da humanização embora esses trabalhos não venham sendo realizados de maneira transdisciplinar. A transdisciplinaridade aqui é entendida, como a abertura de todas elas àquilo que as atravessa e as ultrapassa e não como o domínio sobre várias outras disciplinas.

No entanto, esses projetos ficam muito restritos às áreas de atuação dos profissionais que os desenvolvem, sem dialogar com os demais projetos presentes na instituição e com os diferentes profissionais em que neles atuam.

Uma outra questão presente na Política e amplamente discutida é o enfraquecimento do processo comunicacional entre profissionais e usuários e entre profissionais e gestores, fruto de relações de trabalho tensas, da falta do diálogo, da escassez do tempo. Para Mota, Martins e Vêras (2006) sem a comunicação não há humanização. A humanização depende de nossa capacidade de falar e ouvir, e do diálogo com nossos semelhantes.

É certo que a rotina e as condições de trabalho dos profissionais de saúde fazem com que eles sejam expostos diariamente a situações de muita tensão; a deficiência de instalações e equipamentos, as falhas na estrutura física podem gerar conflitos comprometendo o atendimento e a relação entre esses profissionais, mas a linguagem deve ser considerada como uma ferramenta importante para a construção de significados dentro do contexto hospitalar e é essencial para a formação de uma rede de diálogos entre os sujeitos envolvidos, melhorando as relações que se estabelecem entre esses atores.

O desrespeito à palavra e a falta de troca de informações, a debilidade da escuta e do diálogo promoveriam a violência, comprometeriam a qualidade do atendimento e

manteriam o profissional de saúde refém das condições inadequadas que não raro lhe imputam desgaste e mesmo sofrimento psíquico (DESLANDES, 2004). Dessa maneira, para a autora a humanização também é vista como ampliação do processo comunicacional.

A temática humanização envolve questões bastante amplas que vão desde a operacionalização de um projeto político de saúde calcado em valores como a cidadania, o compromisso social e a saúde como qualidade de vida, passando pela revisão das práticas de gestão tradicionais até os micro-espacos de atuação profissional nos quais saberes, poderes e relações interpessoais se fazem presentes. Assim, é necessário compreender a humanização como temática complexa que permeia o fazer de distintos sujeitos (CORRÊA; CASATE, 2005).

Um aspecto destacado por Deslandes (2005) é a necessidade de um investimento na formação de profissionais e gestores que possam contribuir com a sustentabilidade do projeto de humanização, disseminando mecanismos ideológicos contra-hegemônicos e de alianças que possam garantir a continuidade dessa idéia. Para isso, é importante reforçar a idéia do trabalho em rede que pode ser desenvolvido por profissionais de diferentes áreas que atuam no contexto hospitalar.

Possibilidades de Lazer na Humanização Hospitalar

Muitos são os avanços e os desafios encontrados pelos profissionais que operam com essa perspectiva e espera-se que essas reflexões contribuam para a melhora da ação dos profissionais de saúde desenvolvendo a solidariedade, valorizando a dimensão coletiva e social, aumentando a participação do controle social, democratizando as relações de trabalho e ampliando as ações de humanização considerando as diversas vertentes da vida humana, como por exemplo, o lazer, enfoque deste estudo.

Desde as primeiras décadas do século XX o lazer vem se constituindo objeto de estudos de profissionais de diversas áreas no Brasil (GOMES; MELO, 2003). Na atualidade, observa-se um expressivo aumento do volume de pesquisas e publicações sobre o lazer, bem como o surgimento de novos estudiosos interessados no assunto. O lazer vem sendo pesquisado no contexto de diversas áreas, tais como Sociologia, Educação, Antropologia, Psicologia, História, Ciências Políticas, Administração, Economia, Comunicação Social, Educação Física, Turismo e Hotelaria, dentre várias outras.

O interesse pela temática “lazer” manifestado nos dias atuais não se restringe ao campo acadêmico, atingindo também o mercado de trabalho. O lazer vem sendo anunciado como uma das possibilidades mais “promissoras” do século XXI, apresentando oportunidades de intervenção para profissionais de diversas áreas¹¹.

Observamos que no Brasil, é cada vez mais crescente o interesse de alunos e professores pela discussão da temática do lazer, tendo em vista as diferentes opções de estudo e de intervenção profissional que o campo de trabalho vem abrindo nesse âmbito, para os profissionais formados. Especialmente nos últimos anos, vem aumentando a preocupação com o lazer, enquanto um dos fatores fundamentais para a promoção da melhoria da qualidade de vida. Além disso, o lazer vem sendo amplamente destacado pelos meios de comunicação de massa como uma das áreas mais promissoras do século XXI.

Dentre os motivos para a repercussão do tema na atualidade, destacamos: o crescimento da chamada “indústria do lazer e do entretenimento”, a ampliação das ações públicas referentes ao lazer e os vários questionamentos que surgem acerca da exacerbada valorização que o trabalho assume em nossa sociedade (GOMES; MELO, 2003).

¹¹ O assunto é discutido em WERNECK, STOPPA e ISAYAMA (2001).

Contudo, o destaque que o lazer alcança na sociedade contemporânea ocorre, principalmente, por sua associação à possibilidade comercial. O lazer tornou-se um grande negócio, tanto para a produção de bens e serviços quanto para incentivar o consumo nessa esfera da vida, pois, em nosso contexto, o lazer é capaz de gerar retornos expressivos para aqueles que detêm as regras e o controle desse jogo social (WERNECK, 1998).

Além desta visão economicista do lazer, observa-se que muitas das ações relacionadas ao lazer desenvolvidas no Brasil ainda o concebem sob uma visão funcionalista, onde este é tido como um “salvador da pátria” que poderá acabar com a violência, com a miséria, tirar os jovens das drogas, etc. Não estamos dizendo que o lazer não possa contribuir com a resolução desses e de outros problemas sociais. Contudo, consideramos um equívoco reduzir o lazer a aspectos econômicos, bem como pensá-lo sob essa concepção funcionalista, uma vez que o lazer sozinho, não é capaz de transformar a nossa vida e de torná-la qualitativamente melhor (ISAYAMA, 2002).

Entretanto, o fato de o lazer assumir funções utilitaristas e compensatórias no contexto hospitalar, através da ocupação do tempo livre com atividades alegres, motivantes e descontraídas, é constatado por Almeida *et al* (2001) e reconhecido como um dos aspectos a que as intervenções de lazer realizadas se propõem. Estes autores acreditam que as vivências lúdicas desenvolvidas dentro do hospital devem ser ações críticas e contextualizadas que estabeleçam uma relação dialética com o âmbito social.

Diante disso, é fundamental explicitar os entendimentos acerca do lazer que embasam o presente estudo. Com relação à conceituação de lazer, o que se percebe é que ainda não existe um consenso entre os estudiosos da área. Dumazedier (1973), em sua obra *Lazer e Cultura Popular*, define o lazer como:

[...] um conjunto de ocupações às quais o indivíduo pode entregar-se de livre vontade, seja para repousar, seja para divertir-se, recrear-se e entreter-se ou, ainda para desenvolver sua informação ou formação desinteressada, sua participação social voluntária ou sua livre capacidade criadora após livrar-se ou desembaraçar-se das obrigações profissionais, familiares e sociais. (DUMAZEDIER, 1973, p.34).

Os pressupostos sobre o lazer elaborados por Dumazedier foram, e ainda são, referências importantes para a área. Entretanto, a consideração do lazer como conjunto de ocupações é restrita e vem sendo questionada por vários autores. Este questionamento é feito, principalmente, porque o conceito do sociólogo francês exclui a possibilidade de vivência do ócio, o qual também pode ser considerado uma manifestação cultural significativa para o lazer. Dumazedier coloca ainda o lazer em oposição ao conjunto das necessidades e obrigações da vida cotidiana, especialmente do trabalho profissional, quando estes integram a mesma dinâmica social já que, na vida cotidiana, nem sempre existem fronteiras absolutas entre esses conceitos. Afinal, “não vivemos em uma sociedade composta por dimensões neutras, estanques e desconectadas umas das outras” (GOMES, 2004, p.121).

O conceito assinalado por Marcellino (1990) – que compreende o Lazer como cultura, compreendida no seu sentido mais amplo, vivenciada (praticada ou fruída) no tempo disponível – por sua vez, aproxima o lazer dos estudos culturais e pode ser considerada uma importante referência para nosso trabalho.

A concepção de cultura vem passando, ao longo dos anos, por várias renovações teóricas e conceituais, que tem propiciado abordagens mais profundas e abrangentes para dar conta da complexidade da sociedade contemporânea. Neste contexto, Gomes e Faria (2005) esclarecem que entender o lazer como uma dimensão da cultura significa ver o lazer como uma dimensão fundamental da vida humana, construída histórica e socialmente, fruto

da sociedade contemporânea. Neste sentido, o lazer estabelece estreitas relações às demais dimensões da vida humana: trabalho, família, religião, saúde, educação, política, dentre outras. Assim, para compreender o lazer é de fundamental importância que este esteja situado em um contexto, é preciso considerar as tramas culturais que o perpassam.

As reflexões a respeito destas mudanças de paradigmas nos fazem repensar nossa postura equivocada de hierarquizar algumas dimensões da vida, priorizando o trabalho como esfera principal da existência humana e principal fonte de sentidos da vida, e a tentativa de explicar a realidade somente através do viés econômico.

Diante dessas colocações, pode-se dizer que o lazer não é um fenômeno isolado, ele estabelece relações com as diversas dimensões da vida (o trabalho, a política, a saúde, a educação, a economia, entre outras). Assim, é possível compreender o lazer como:

[...] uma dimensão da cultura constituída por meio da vivência lúdica de manifestações culturais em um tempo/espaço conquistado pelo sujeito ou grupo social, estabelecendo relações dialéticas com as necessidades, os deveres e as obrigações, especialmente com o trabalho produtivo (GOMES, 2004, p.125).

A cultura é construída socialmente, em nosso contexto, a partir de quatro elementos inter-relacionados: *tempo*, que corresponde ao usufruto do momento presente e não se limita aos períodos institucionalizados para o lazer; *espaço-lugar*, que vai além do espaço físico por ser um local no qual os sujeitos se apropriam no sentido de transformá-lo em ponto de encontro e de convívio social; *manifestações culturais*, conteúdos vivenciados como fruição da cultura, seja como possibilidade de diversão, de descanso ou de desenvolvimento; *ações (atitudes)*, que são fundadas no lúdico (GOMES, 2004).

O lazer compreende a vivência de inúmeras práticas culturais, como:

[...] o jogo, a brincadeira, a festa, o passeio, a viagem, o esporte e também as formas de arte (pintura, escultura, literatura, dança, teatro, música, cinema), dentre várias outras possibilidades. Inclui, ainda, o ócio, uma vez que esta e outras manifestações culturais podem constituir, em nosso meio social, notáveis experiências de lazer. (GOMES, 2004, p. 124).

Considerar o lazer como uma dimensão da cultura, significa considerar que as vivências de cada indivíduo são movidas por significados, uma vez que a atividade humana está vinculada à construção de significados que dão sentido a existência (MARCELLINO, 1987). O lazer torna-se, portanto, uma possibilidade de expressão, de significação e re-significação de vivências. Neste sentido, o lazer pode se constituir em um espaço para o questionamento das contradições existentes em nosso meio sociocultural e constituir-se em um espaço privilegiado para vivência de conteúdos culturais em patamares críticos e criativos (ISAYAMA, 2002). Portanto, pode representar muitas possibilidades de aprendizagem, de estímulo à criatividade, de discussão e reflexão crítica para todas as faixas etárias e classes sociais, sendo então um dos elementos fundamentais para a melhoria da qualidade de vida dos sujeitos.

Em relação às vivências do lazer nos hospitais, que é o nosso foco de pesquisa, Pinto (2009) cita a defesa do Ministério da Saúde sobre a possibilidade da promoção da saúde nos hospitais, e, segundo esta entidade, os hospitais representam “[...] *um conjunto de ações e serviços de promoção, prevenção e restabelecimento da saúde* [...]” (BRASIL, 2005). Neste sentido, a autora defende a idéia de que o lazer pode sim ser inserido no contexto hospitalar, e considera o lazer como um fator de promoção da saúde, reconhecendo a inserção desta estratégia de produção da saúde em hospitais.

De acordo com Sue (1992), o lazer possui duas funções terapêuticas que se complementam, a diversão e o descanso. A diversão libera as tensões nervosas,

restabelecendo o equilíbrio psicológico e o descanso proporciona a recuperação do estado físico da pessoa. Dessa forma, o lazer ajuda na manutenção de um bom estado de saúde.

Pensando nas particularidades dos sujeitos em relação à sua hospitalização e ao processo saúde-doença, o lazer possui um papel essencial. Nesse sentido, a temática do lazer é pouco estudada no campo da saúde e menos ainda no contexto hospitalar (PINTO, 2009).

O lazer possui um papel importante durante a internação dos sujeitos, e isto pode ser visualizado nas considerações de Januzzi e Cintra (2006, p. 180):

[...] a ocupação dos períodos de solidão com atividades que propiciem prazer mostram-se uma estratégia favorável para minimizar os efeitos negativos da hospitalização, particularmente para os idosos, uma vez que ocupa o tempo ocioso, estimula a inter-relação com seus pares e profissionais da equipe de saúde, entre outros benefícios. Durante a internação, com frequência, os idosos dispõem de tempo livre e este momento caracteriza-se por permitir a criação. É essa possibilidade de emergência da criatividade, enquanto ocupação do tempo livre, que remete à proposta de preenchimento destes períodos com atividades de lazer, visando transformar a hospitalização num evento menos sofrido para os que dela necessitam.

Essa consideração mostra que a intervenção do lazer no hospital pode melhorar a qualidade de vida dos sujeitos que se encontram neste ambiente, podendo se constituir em um espaço-lugar de vivências de lazer. Alguns estudos (LANÇONI, 2006; PAGOTTO; SILVA, 2006; FERRETI; SOUZA, 2004) usam a expressão “recreação hospitalar” para se referir às atividades e vivências do lazer, como veremos a seguir.

Lançoni (2006), ao relatar sobre um programa de recreação hospitalar infantil, defende a idéia de que o toque e as atividades lúdicas previnem atrasos no desenvolvimento da criança, revertendo à depressão, a apatia e a agitação psicomotora, e que a recreação

hospitalar diminui os sentimentos negativos causados pela internação, entretendo as crianças que estão neste ambiente.

Para Pagotto e Silva (2006), a recreação hospitalar tem sido valorizada por proporcionar um complemento à saúde das pessoas, em especial na saúde das crianças. E, de acordo com Ferreti e Souza (2004), a recreação hospitalar ocupa o tempo dos internos, proporcionando vivências prazerosas, o esquecimento das dores e sofrimentos causados pela doença, e, dessa forma, auxilia na recuperação da saúde das pessoas.

Contudo, o moderno fenômeno do lazer não se caracteriza como algo pacífico, ingênuo ou inocente, uma vez que foi gerada a partir de uma clara tensão entre classes sociais e da ocorrência contínua e complexa de controle/resistência, adequação/subversão (MELO, 2003). Assim, pensar o lazer numa perspectiva abrangente não significa desconsiderar a possibilidade de que ele também possa constituir-se em uma estratégia de manipulação e de controle social, sendo este o sentido que muitas vezes lhe é atribuído.

É importante lembrar que, nos dias atuais muitas pessoas têm seus processos de apropriação dos conteúdos culturais dificultados, na maioria das vezes, por questões econômicas. Ao vivenciar o lazer, podem-se ter despesas com transporte, alimentação e compra de ingressos (no caso da participação em eventos), entre outros. Estas dificuldades, como assinala Marcellino (1995, p.55), acontecem em função de um conjunto de variáveis, que têm como pano de fundo “as limitações econômicas, formando um todo inibidor, quer em termos da quantidade e, principalmente, da qualidade de participação. A classe, o nível de instrução, a faixa etária, e o sexo, entre outros fatores, limitam o verdadeiro lazer a uma minoria da população”.

De qualquer maneira, concordamos com Pinto (2009) quando afirma que o contexto hospitalar constitui uma realidade distinta e particular, já que o sujeito que passa por

tratamentos hospitalares está afastado do trabalho e das demais ocupações e tarefas diárias. Dessa forma, a autora informa que apesar de existir possíveis pressões para que o lazer hospitalar tenha a configuração compensatória e de alienação, das difíceis condições referentes ao trabalho e as outras esferas do viver, sua investigação evidenciou que estes aspectos são pouco expressivos para o discurso dos sujeitos entrevistados.

Neste contexto, torna-se essencial compreendermos também o lazer como um direito social, fruto de reivindicações e lutas dos trabalhadores, estando este presente na Declaração Universal dos Direitos Humanos, aprovada em 1948 pela Assembléia Geral das Nações Unidas (art. 24) (ONU, 1948), e na Constituição Federal Brasileira de 1988 (art. 6º, 7º, 217 e 227) (BRASIL, 1988).

Pensar o lazer como um direito social é considerá-lo como parte integrante da cidadania e das relações que se estabelecem entre a sociedade e o Estado (LINHALES, 1999). Desta forma, o lazer deve se constituir em uma prática social capaz de incluir a todos, independente de interesses, desejos e necessidades, e não em um privilégio de poucos. Isso implica na responsabilidade do Estado em implementar políticas públicas de lazer que possam concretizar para os cidadãos brasileiros a vivência desse direito, de acordo com suas necessidades sociais, buscando sempre parcerias com instituições privadas e com a comunidade (CARVALHO, 2005). Assim, o lazer deve ser pensando nas propostas e políticas ligada a saúde, a qualidade de vida e conseqüentemente ao ambiente hospitalar, tendo em vista garantir esse direito social, também, aos sujeitos que passam por tratamentos hospitalares.

Pinto (2009) afirma que o lazer tem papel fundamental na manutenção e na promoção da saúde e sujeito internados. Por isso, a autora sugere sua inserção no contexto

dos hospitais, partindo do pressuposto de que a saúde não é só sinônimo de ausência de doenças.

No âmbito da atuação profissional, compreendemos o lazer como um campo multidisciplinar, que possibilita a participação de profissionais de diferentes áreas de formação. A ação profissional nesse âmbito requer a compreensão de uma série de questões acerca da temática, além do mapeamento acerca da contribuição que cada uma das áreas envolvidas poderá dar com seus saberes específicos e da forma como cada uma poderá intervir nesse campo. O profissional que atua no campo do lazer “deve se envolver e participar, de forma crítica e criativa, com diferentes práticas culturais priorizando a ampliação de suas próprias vivências de lazer, de modo condizente com sua prática profissional. Portanto, ele deve tentar minimizar as barreiras que ele pode enfrentar em seu próprio lazer e diversificar as possibilidades de apropriação desse momento” (ISAYAMA, 2003).

Sobre a atuação profissional, os profissionais de lazer ou que atuam no âmbito do lazer podem compor as equipes que atuam com a saúde nos hospitais, auxiliando a qualificação da atenção básica e ampliando as estratégias que organizam as redes de cuidado em saúde, conforme propõe a Política Nacional de Humanização (BRASIL, 2000).

Além disso, dependendo da perspectiva de intervenção nas ações do lazer, ele pode contribuir com o apoio aos processos de co-gestão, valorizando a participação dos trabalhos do hospital, dos usuários em todo o processo de produção de saúde. Esse aspecto pode ser pensado através de ações que promova uma melhoria nas condições de trabalho (ambiência) e na ampliação de investimentos relacionados à qualificação dos trabalhadores do campo da saúde.

Por isso, é fundamental que a discussão sobre humanização hospitalar integre a formação de diferentes profissionais, sejam eles já classificados como da área de saúde, bem como dos que atuam na perspectiva do lazer e que não são incluídos nessa classificação. Isso pode gerar um movimento de qualificação do trabalho nas instituições hospitalares e possivelmente um ambiente mais humanizado, conforme consta na proposta do Ministério da Saúde.

Considerações Finais

Pensar a humanização hospitalar é, portanto, pensar em respeito à vida humana e no reconhecimento dos direitos dos sujeitos. Neste quadro, torna-se essencial à compreensão do lazer como um fenômeno que deve integrar as discussões sobre a humanização. Destaca-se que o lazer é um direito de cidadania presente na Constituição Brasileira e em vários outros documentos de âmbitos federal, estadual ou municipal. Dessa forma, considera-se que humanizar o ambiente hospitalar é também superar as barreiras existentes nesse espaço que restringem a vivência do lazer, essencial na vida de todas as pessoas, em qualquer faixa etária.

Portanto, abordar o lazer em hospitais pode auxiliar na disseminação de idéias humanizadoras na medida em que: minimiza-se a ansiedade dos sujeitos para os momentos de consulta; ocupa-se o tempo de espera com atividades de lazer; procura-se diversificar as vivências culturais dos sujeitos; e contribui-se para a melhoria das relações interpessoais. Essas constatações também foram referidas pela pesquisa realizada por Pinto (2009), que identificou as funções assumidas pelo lazer no cenário hospitalar.

Um passo para o aprofundamento acerca deste fenômeno que envolve questões que abarcam os direitos sociais e a cultura pode ser o estabelecimento das inter-relações

possíveis entre a humanização hospitalar e o lazer. O desvendar destas inter-relações pode contribuir para um planejamento mais coerente de ações de saúde em hospitais e fora deles, assim como para a desmistificação de idéias preconceituosas sobre o lazer e a humanização.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, C.F. *et al.* Compromisso social da Educação Física com crianças que passam por tratamentos hospitalares: intervenções lúdicas. In: SEMINÁRIO “O LAZER EM DEBATE”, 2. **Coletânea...** Belo Horizonte: UFMG/CELAR, 2001, p.172-178.

BENEVIDES, R.; PASSOS, E. A humanização como dimensão pública das políticas de saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.10, n.3, 2005.

BOARETTO, C. et al. Humanização da assistência hospitalar: o dia-a-dia da prática dos serviços. Debatedores. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.9, n.1, p.20-22, 2004.

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

BRASIL. Ministério da Saúde. **Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar**. 2000. Disponível em: <http://www.portalhumaniza.org.br/ph/texto.asp?id=80>. Acesso em: 25 fev. 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. **O SUS de A a Z: garantindo saúde nos municípios**. Brasília: Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde, 2005.

CAMPOS, G. W. de S. Humanização na saúde: um projeto em defesa da vida? **Interface – Comunicação, Saúde, educação**, v. 9, n. 17, p.389-406, mar/ago, 2005.

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

CORRÊA, A. K.; CASATE, J. C. Humanização do atendimento em saúde: conhecimento veiculado na literatura brasileira de enfermagem. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v.13, n.1, p.105-111, 2005.

DESLANDES, S. F. Análise do discurso oficial sobre a humanização da assistência hospitalar. **Ciência & Saúde Coletiva**, 2004, v.9, n.1, p.7-14.

DESLANDES, S. F. O projeto ético-político da humanização: conceitos, métodos e identidade. **Interface – Comunicação, Saúde, educação**, v. 9, n. 17, p.389-406, mar/ago, 2005.

DUMAZEDIER, J. **Lazer e cultura popular**. São Paulo: Perspectiva, 1973.

FERRETI, Ana Carolina Tavares; SOUZA, Fabiana Fátima Dias de “Influência do Lazer, através do projeto clínica do sorriso, no tratamento do câncer”. In: O LAZER EM DEBATE, 5. **Anais...** Rio de Janeiro, 2004, p.256-258.

FORTES, P. A.C.. Ética, direitos dos usuários e políticas de humanização da atenção à saúde. **Saúde e Sociedade**, v. 13, n.3, p.30-35. 2004.

GOMES, A M. R.; FARIA, E. L. **Lazer e diversidade cultural**. Brasília: SESI/DN, 2005.

GOMES, C. L. Lazer-Concepções. In: _____. (Org.). **Dicionário crítico do lazer**. Belo Horizonte: Autêntica, 2004. p. 19-125.

GOMES, C. L.; MELO, V. A. Lazer no Brasil: trajetória de estudos, possibilidades de pesquisa. **Movimento**, Porto Alegre, v.9, n.1, p.23-44, jan./abr., 2003.

GREGIANIN, Lauro José, *et al.* Atendimento interdisciplinar da criança com câncer e sua família. In: CECCIM, R. B.; CARVALHO, P. R. A. (Org.). **Criança hospitalizada**. Porto alegre: Editora da Universidade/UFRS, 1997, p.105-111.

ISAYAMA, H. F. **Recreação e lazer como integrantes de currículos dos cursos de graduação em educação física**. Tese (Doutorado em Educação Física) - Faculdade de Educação Física da Unicamp, Campinas, 2002 .

_____. O profissional da educação física como intelectual: atuação no âmbito do lazer. In: MARCELLINO, N. C. (Org.). **Formação e desenvolvimento de pessoal em lazer**. Campinas: Papyrus, 2003. p. 59-81.

JANNUZZI, F. F.; CINTRA, F. A. Atividades de lazer em idosos durante a hospitalização. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 40, n. 2, p. 179-187, 2006.

LANÇONI, Liliane. “Recreação Hospitalar”. In: ENCONTRO NACIONAL DE RECREAÇÃO E LAZER, 18. **Anais...** Curitiba: Confraria dos profissionais de lazer do Paraná, 2006.

LINHALES, M. A. Lazer, cidadania e qualidade de vida: reflexões acerca da possibilidade da liberdade e da ação política. **Licere**. Belo Horizonte: v. 2, n.1. 1999. p.19-30.

MARCELLINO, N. C. **Lazer e Educação**. Campinas: Papyrus, 1987.

_____. **Pedagogia da animação**. Campinas: Papyrus, 1990.

_____. **Lazer: formação e atuação profissional**. Campinas: Papyrus, 1995.

MARTINS, M. C. F. **Humanização das relações assistenciais de saúde**: a formação do profissional de saúde. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2001.

MELO, V. A. A cidade, o cidadão, o lazer e a animação cultural. In: FREITAS, Ricardo (Org.). **Comunicação, cidade e cultura**. Rio de Janeiro, 2003.

MEZOMO, J. C. **Gestão da qualidade na saúde: Princípios básicos.** São Paulo: Manole, 2001.

MOTA, R. A.; MARTINS, C. G. de M.; VÉRAS, R. M. Papel dos profissionais de saúde na política de humanização hospitalar. **Psicologia em Estudo.** Maringá, v. 11, n. 2, p. 323-330, maio/ago, 2006.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. Carta de Ottawa para la promoción de la salud. In: ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. **Promoción de la salud: una antología.** Washington: OPAS, 1996.

ONU - **Declaração Universal dos Direitos Humano.** 1948.
http://www.onubrasil.org.br/documentos_direitoshumanos.php. Acesso em: 20 jul. 2010.

PAGOTTO, Fernanda Pires; SILVA, Renata Laudares. “Recreação Hospitalar: Explorando o universo do trabalho voluntário na ACACCI – Vitória – ES”. In: ENCONTRO NACIONAL DE RECREAÇÃO E LAZER, 18. **Anais...** Curitiba: Confraria dos profissionais de lazer do Paraná, 2006.

PINTO, G.B. **O lazer em hospitais: Realidades e desafios.** 2009. 196 f. Dissertação (Mestrado em Lazer) – Escola de Educação Física, Fisioterapia e Terapia Ocupacional, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2009.

SILVA, Vanessa Cerqueira. **Humanização Hospitalar: um olhar sobre as Políticas Públicas de Saúde no Brasil (2002-2006).** 2006. 47 f. Monografia (Especialização em Lazer) – Escola de Educação Física, Fisioterapia e Terapia Ocupacional, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2006.

SUE, Roger. **El ocio.** México: Fondo de Cultura Económica, 1992.

WERNECK, C. L. G. Lazer e Formação Profissional na Sociedade Atual: repensando os limites, os horizontes e os desafios para a área. **Licere,** Belo Horizonte, v. 1, n.1. 1998. p.47-65.

Endereço dos Autores:

Oricolé
Laboratório de Pesquisas sobre Formação e Atuação Profissional em Lazer
Av. Pres. Antônio Carlos 6627 – Pampulha
Belo Horizonte – MG – 31310-270
Endereço Eletrônico: helderisayama@yahoo.com.br